

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
ALEXANDRA ARSENEAU

L'ERGOTHÉRAPEUTE : UN INTERVENANT-CLÉ AUPRÈS DES PERSONNES EN
RUPTURE SOCIALE DANS LES ÉQUIPES OFFRANT DES SOINS DE PROXIMITÉ

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les participants qui ont pris part à la présente étude pour leur ouverture et leurs réponses qui ont su m'apprendre beaucoup sur eux et sur les soins de proximité dans la ville de Trois-Rivières.

Je voudrais aussi remercier Mme Ginette Aubin, superviseure de l'essai durant ma maîtrise, qui a été d'une grande écoute et d'une grande ouverture à travers ma recherche. Celle-ci a su m'orienter à travers les différentes étapes à franchir et m'a donné le coup de pouce nécessaire afin que je réussisse ce beau projet malgré les quelques embûches rencontrées.

Finalement, je tiens à dire merci à toutes les personnes de mon entourage qui m'ont encouragée à persévérer. C'est grâce à vous tous que j'ai réussi à mettre à terme ce projet. Un merci tout spécial à mon chum pour son soutien, aux membres de ma famille pour leur écoute et aux filles d'avoir partagé mes moments plus difficiles compte tenu que nous étions dans la même situation. Merci également à mon « amie » Morgane, sans qui je n'aurais pu trouver l'environnement facilitant mon rendement dans tous mes travaux.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
TABLE DES MATIÈRES	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. Qu'est-ce qu'une situation d'exclusion sociale?.....	3
2.1.1. Situation d'itinérance.....	5
2.2. Problématiques associées à l'exclusion sociale	6
2.3. Besoins occupationnels.....	7
2.3.1. Définition d'un besoin occupationnel.....	7
2.3.2. Besoins occupationnels recensés chez les personnes en situation d'exclusion sociale	7
2.4. L'ergothérapie auprès des personnes en situation d'exclusion sociale.....	8
2.5. Soins de proximité pour les personnes en situation d'exclusion sociale	9
2.6. Situation socioéconomique de la ville de Trois-Rivières	11
2.7. Interventions et services offerts pour les personnes en situation d'exclusion sociale à Trois-Rivières	11
2.7.1. Point de rue	11
2.7.2. Le Havre	12
2.7.3. Équipe Itinérance	12
2.7.4. Clinique de proximité de Trois-Rivières	12
3. BUT ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	14
4. CADRE CONCEPTUEL	15
4.1. Pyramide de Maslow.....	15
4.2. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	15
4.3. Lien entre la Pyramide des besoins de Maslow, le Modèle de l'Occupation Humaine et le projet présenté.....	17

5. MÉTHODE	18
5.1. Devis d'évaluation	18
5.2. Participants	18
5.2.1. Critères d'inclusion	18
5.2.2. Échantillonnage	19
5.3. Collecte de données	19
5.3.1. Méthode de collecte de données	19
5.3.2. Procédure de collecte de données	20
5.4. Analyse des données	20
5.5. Considérations éthiques	20
6. RÉSULTATS	22
6.1. Description des participants	22
6.1.1. Intervenants travaillant auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale	23
6.1.2. Ergothérapeute ayant travaillé auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale	23
6.1.3. Personnes en situation d'exclusion sociale utilisant les services de proximité à Trois-Rivières	23
6.2. Besoins de la clientèle	24
6.2.1. Besoins rapportés par les intervenants des milieux et l'ergothérapeute	24
6.2.2. Besoins rapportés par les personnes utilisant les services de proximité	26
6.2.3. Besoins occupationnels et liens avec les occupations à partir des besoins identifiés par les participants	28
6.3. Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle	29
6.3.1. Facteurs rapportés par les intervenants	29
6.3.1.1. Environnement	29
6.3.1.2. Être	31
6.3.1.3. Agir	32
6.3.2. Facteurs rapportés par les personnes utilisant les services de proximité	33
6.4. Intervention auprès de cette clientèle	35
6.4.1. Point de vue des intervenants sur l'intervention auprès de cette clientèle	35
6.4.1.1. Approche à favoriser	35
6.4.1.2. Interventions effectuées	37
6.4.1.3. Éléments d'intervention souhaités	39
6.4.1.4. Liens avec l'ergothérapie	39

6.4.2. Point de vue de la clientèle sur les services reçus.....	42
7. DISCUSSION.....	44
7.1. Besoins de la clientèle en situation d'exclusion sociale	44
7.1.1. Similarités entre les participants	44
7.1.2. Différences entre les participants.....	44
7.1.3. Besoins associés aux occupations.....	45
7.1.4. Priorisation des besoins	45
7.2. Facteurs qui influencent l'adaptation occupationnelle des personnes en situation d'exclusion sociale.....	46
7.2.1. Types de facteurs mentionnés.....	46
7.2.2. Interventions visant à limiter l'influence négative des facteurs mentionnés	47
7.3. Rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce milieu	49
7.3.1. L'ergothérapeute comme collaborateur	49
7.3.2. L'ergothérapeute comme expert en habilitation de l'occupation	50
7.3.3. L'ergothérapeute comme agent de changement	51
7.3.4. L'ergothérapeute comme communicateur, professionnel et gestionnaire de sa pratique	51
7.4. Forces et limites	52
7.5. Répercussions en ergothérapie.....	53
8. CONCLUSION.....	54
RÉFÉRENCES	56
ANNEXE A : EXEMPLE DE FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (POUR LES INTERVENANTS).....	61
ANNEXE B : SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE POUR LES INTERVENANTS	66
ANNEXE C : SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE POUR LES UTILISATEURS DES SERVICES (CLIENTÈLE)	68
ANNEXE D : SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE POUR L'ERGOTHÉRAPEUTE. ..	70
ANNEXE E : DESCRIPTION DES QUATRE MILIEUX EXPLORÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE.....	72

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Description globale des participants à l'étude (intervenants)</i>	22
Tableau 2. <i>Description globale des participants à l'étude (utilisateurs des services)</i>	23
Tableau 3. <i>Besoins rapportés par les intervenants des milieux et l'ergothérapeute, niveau dans la pyramide des besoins de Maslow et lien avec les occupations</i>	25
Tableau 4. <i>Besoins rapportés par les utilisateurs des services, niveau dans la pyramide des besoins de Maslow et lien avec les occupations</i>	27
Tableau 5. <i>Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle selon les intervenants</i>	33
Tableau 6. <i>Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle selon la clientèle</i>	34
Tableau 7. <i>Caractéristiques de l'approche à favoriser auprès de la clientèle selon les intervenants</i>	35
Tableau 8. <i>Interventions effectuées et éléments d'intervention souhaités auprès de la clientèle en situation d'exclusion sociale à Trois-Rivières</i>	38
Tableau 9. <i>Apports de l'ergothérapie au sein de l'Équipe Itinérance selon l'intervenant qui y travaille et l'ergothérapeute</i>	40
Tableau 10. <i>Éléments intéressants de la profession d'ergothérapeute en lien avec le milieu de la rupture sociale selon les intervenants</i>	41
Tableau 11. <i>Options qui pourraient limiter les facteurs qui influencent l'adaptation occupationnelle chez les personnes en situation d'exclusion sociale</i>	47

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Modèle de l'occupation humaine.....	16
<i>Figure 2.</i> Représentation des liens entre les thèmes étudiés.....	17

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AgenceSSS04	Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
AVDs	Activités de la vie domestique
AVQs	Activités de la vie quotidienne
CEPE	Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CIUSSH-MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-Centre-du-Québec
CRMOH	Centre de référence du Modèle de l'occupation humaine
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
MSSH	Ministère de la santé et des services sociaux
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
RSIQ	Réseau Solidarité Itinérance du Québec
SSSQ	Santé et services sociaux Québec
STTR	Société de Transport de Trois-Rivières
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction : Une situation d'itinérance ou d'exclusion sociale est susceptible d'entraîner de graves conséquences sur la santé et les activités quotidiennes. Même si le rôle de l'ergothérapeute concorde avec les besoins fonctionnels de la clientèle, cette profession est peu développée auprès d'eux dans les milieux de proximité, qui offrent des services directement dans le milieu de vie.

Objectifs : Cette étude visait à : 1) documenter les besoins occupationnels de la clientèle en exclusion sociale qui bénéficie de services de proximité à Trois-Rivières, 2) décrire les facteurs qui influencent leur adaptation occupationnelle et 3) explorer le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce type de milieu.

Cadre conceptuel : Les cadres conceptuels sur lesquels se base cette étude sont le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et la Pyramide des besoins de Maslow (Centre FORA, 2014).

Méthode : Des entrevues ont été effectuées auprès de quatre intervenants travaillant dans différents milieux de proximité dans la ville de Trois-Rivières, de deux personnes en situation d'exclusion sociale utilisant ces services et d'une ergothérapeute ayant déjà travaillé dans ce type de milieu, suivies d'une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2010) des verbatims transcrits.

Résultats : Trois types de résultats ont été recueillis. Les participants ont d'abord identifié des besoins dans les 5 sphères de la pyramide de Maslow et plusieurs de ces besoins sont associés à des occupations. Des facteurs qui limitent l'adaptation occupationnelle ont aussi été ressortis à travers les sphères de « l'être », de « l'agir » et de « l'environnement » selon le MOH. Finalement, les participants ont mentionné plusieurs éléments qui lient les soins de proximité pour les personnes exclues socialement et les services offerts en l'ergothérapie.

Discussion : Les résultats montrent les besoins complexes et multiples de cette clientèle, qui s'entrecoupent souvent. Il faut considérer une certaine priorité pour certains besoins, sans toutefois oublier que les attentes de chaque personne sont uniques. D'autre part, plusieurs moyens de limiter les facteurs qui influencent négativement l'adaptation occupationnelle ont été discutés (ex : approche à long terme pour favoriser la création du lien thérapeutique), ainsi que plusieurs possibilités en ergothérapie auprès de cette clientèle (ex : trouver ce qui est important pour la personne, travailler les capacités par l'occupation, modifier l'environnement pour faciliter l'adaptation occupationnelle).

Conclusion : À la lumière des besoins exprimés, le rôle possible de l'ergothérapeute dans ce milieu se clarifie. L'approche holistique de l'ergothérapeute et son large éventail de connaissances font de lui un intervenant-clé auprès des personnes en rupture sociale. Le partage des connaissances et des compétences en équipe aide à optimiser les services offerts à ces personnes.

Mots-clés : exclusion sociale ; besoins occupationnels ; ergothérapie ; rôle ; services de proximité

ABSTRACT

Introduction: Social exclusion or homelessness can lead to important consequences on health and daily activities. Even if the role of the occupational therapist is consistent with occupational needs of socially excluded persons, this profession is not often seen or developed in proximity services, that are offered directly in people environment. **Objectives:** This study aim for: 1) inform on occupational needs of socially excluded people using outreach services in Trois-Rivières, 2) describe factors that influence their occupational adaptation and 3) explore occupational therapist's role in this type of services. **Frame of reference:** The frames of reference that are used in this study are the Model of Human Occupation and Maslow's hierarchy of needs (Kielhofner, 2008). **Method:** Interviews have been done with four workers of different outreach services in Trois-Rivières, two socially excluded persons that are using these services and one occupational therapist who have worked in these services. Then, a content analysis (Fortin et Gagnon, 2010) has been done with transcribed interviews. **Results:** Three type of results have been collected. First, participants have identified needs in all spheres of the Maslow's hierarchy of needs. Some needs are associated to daily living occupations. Second, some factors that limit occupational adaptation have been mentioned in three spheres of the Model of Human Occupation. Finally, participants have made a connection with occupational therapy in many ways. **Discussion:** Results show the numerous and complex needs of these people. We have to consider a priority on some needs without forgetting unique expectations of each person. In the other hand, many ways to limit the negative influence of factors on occupational adaptation have been discussed (ex: a long-term approach to create a therapeutic alliance). Many possibilities in occupational therapy with this clientele have been addressed too (ex: finding what is important for the person, working on capacities in using occupation, modifying environment to facilitate occupational adaptation). **Conclusion:** Considering the expressed needs, occupational therapist's role in these services appears to be clarified. The holistic approach used by the occupational therapist and his large range of knowledge makes him a key person to work with socially excluded people. Sharing competencies and knowledge in an interdisciplinary approach helps to optimize the health services that are offered.

Key words : social exclusion ; occupational needs ; occupational therapy ; role ; outreach

1. INTRODUCTION

Avec le temps, les besoins perçus en termes de santé dans une société se modifient. Entre autres, au Québec, des préoccupations se dirigent maintenant davantage vers certains groupes en situation de vulnérabilité, lesquelles se voient entre autres dans le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2015). Par exemple, la clientèle en situation d'exclusion sociale, dont les personnes itinérantes font partie, bénéficie de plus en plus de services qui se développent pour les aider. Bien qu'il soit difficile de mesurer l'accroissement de cette population par des chiffres précis, il est possible de voir un portrait différent qu'auparavant (Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, 2008 ; Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ), 2012). Certains pensent d'emblée de façon caricaturée lorsque l'on parle d'exclusion sociale, mais cette situation pourrait arriver à n'importe qui. En effet, de nombreuses problématiques complexes ainsi que l'interaction entre ces problématiques peuvent mener à une situation d'exclusion sociale, voire même à une situation d'itinérance : dépendances, problèmes de santé physique ou mentale, perte d'autonomie, trouble de la personnalité ... De ce fait, l'intervention à mener auprès de ces gens devient également plus complexe et l'accès aux soins peut s'avérer difficile (CSSS Jeanne-Mance). Cela amène donc un besoin de nouveaux développements dans les services, tels des soins de proximité qui permettent une meilleure accessibilité aux soins (Vitez, Alibhay, Lesage et Lamothe, 2015).

Les personnes considérées en situation d'exclusion sociale sont en « rupture » ou « à part » de la société dans laquelle ils vivent (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE), 2014). Ces personnes peuvent avoir des limitations fonctionnelles importantes, que ce soit au niveau du travail, de leur vie de famille ou même de leurs tâches quotidiennes, en raison de facteurs personnels ou environnementaux propres à leur situation. De plus, l'accès aux soins n'est pas toujours facile en raison de ces limitations, de leur contexte de vie et de l'organisation des soins. En effet, pour elles, suivre un traitement, se présenter à un rendez-vous médical, ou même accéder aux soins nécessaires n'est pas toujours chose facile (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), 2010). Pour ces raisons, il est important d'étudier de quelle façon les soins seraient les plus accessibles et bénéfiques dans leur situation et faire preuve d'innovation dans les soins offerts. Malgré les problématiques possibles au niveau occupationnel,

en ergothérapie particulièrement, les interventions avec cette clientèle sont peu connues et peu développées. Quelques écrits existent tout de même sur le sujet, lesquels seront abordés dans la prochaine section.

Les personnes ciblées dans le cadre de cette étude sont des personnes en situation d'exclusion sociale qui utilisent des services de proximité offerts à Trois-Rivières (Le Havre, Point de rue, Clinique de proximité et Équipe Itinérance). Cet essai fera d'abord la lumière sur la problématique qui sous-tend mon questionnement. Par la suite, les objectifs seront définis, ainsi que le cadre conceptuel et la méthode utilisés. Finalement, les résultats seront présentés et discutés, suivis d'une conclusion qui mettra en évidence les implications qu'ont les résultats de ce projet sur la pratique en ergothérapie.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, le phénomène de l'exclusion sociale sera expliqué, ainsi que les conséquences qui y sont associées. Ensuite, les besoins des personnes exclues socialement et les services qui leur sont présentement offerts en ergothérapie seront également documentés, ainsi que l'approche de soins ou de services de proximité qui se développe. Finalement, des liens avec la ville de Trois-Rivières et les services de proximité offerts plus précisément dans cette ville seront présentés.

2.1. Qu'est-ce qu'une situation d'exclusion sociale?

Les définitions de l'exclusion sociale se font nombreuses et montrent que ce phénomène n'est pas facile à définir. Selon l'organisme Point de rue (2012), l'exclusion sociale est « un processus plus ou moins brutal de rupture parfois progressive des liens sociaux ». Les personnes considérées en situation d'exclusion sociale ne correspondent donc plus au modèle normalisé donné par la société et peuvent être soumises à un processus de stigmatisation (Point de rue). Une autre définition est proposée par le comité de direction du CEPE (2014) :

« L'exclusion sociale est un concept très large englobant une multitude de situations et de réalités. Elle se traduit non seulement par un manque de moyens matériels, mais également par une incapacité à prendre part à la société aux points de vue social, économique, politique et culturel. De l'exclusion, il en existe donc plusieurs formes et à divers degrés (CEPE, 2014, p.3). »

En d'autres mots, l'exclusion sociale serait « le résultat d'un ensemble de processus économiques, politiques, institutionnels, culturels, souvent interdépendants et cumulatifs, qui mettent des personnes ou des groupes à part dans la société (CEPE, 2014, p.18) ». De plus, il est possible que l'exclusion sociale soit liée à la pauvreté mais elle ne se limite pas uniquement à ce facteur (CEPE). Cette rupture entre la personne et sa société se voit dans plusieurs circonstances, notamment chez les personnes en situation d'itinérance, chez certaines personnes âgées vivant de l'isolement ou chez des personnes présentant d'importantes différences culturelles ou chez des personnes qui ne sont pas d'accord avec le fonctionnement de la société et qui font le choix d'adopter un autre mode de vie, par exemple. Billette et ses collaborateurs (2012) présentent une autre définition de l'exclusion sociale dans laquelle ils la voient comme un processus et non un état.

« [...] un processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources, à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et aux intérêts divergents. Ces processus mènent à des inégalités et, éventuellement, à une mise à l'écart dans (plusieurs) dimensions de la vie en société (Billette, Lavoie, Séguin et Van Pevenage, 2012, p.15). »

Ce phénomène d'exclusion sociale peut être déclenché par une vulnérabilité individuelle, mais plusieurs facteurs d'ordres social, politique ou économique peuvent influencer l'inégalité vécue par la personne et donc, contribuer à cette exclusion (Billette et *al.*).

Selon le CEPE (2014), l'exclusion est aussi expliquée comme étant influencée par l'interaction de relations inégales de pouvoir dans quatre dimensions. D'abord, la dimension sociale comprend les relations proximales qui entraînent un sentiment d'appartenance. La deuxième dimension, celle politique, comprend les inégalités de droits, de pratiques ou de conditions. Une autre dimension, celle culturelle, est en lien avec la façon dont les valeurs, normes et modes de vie sont acceptés et respectés. Finalement, la dimension économique comprend l'accès aux ressources matérielles et à leur usage (revenu, emploi, logement...). Différentes formes d'exclusion sont également mentionnées par le CEPE, comprenant l'exclusion en tant que défavorisation, l'exclusion en tant que stigmatisation et discrimination, l'exclusion à titre de trajectoire ou de parcours de vie et la géographie de l'exclusion (Groulx, 2011).

Au vu des écrits scientifiques, beaucoup de définitions de l'exclusion sociale sont recensées, mais ce terme demeure difficile à cerner de façon universelle puisqu'il n'est pas mesurable et regroupe divers degrés d'exclusion. Toutefois, ces nombreuses caractéristiques et définitions permettent de baliser le terme pour qu'il soit ensuite mieux utilisé. Dans ce projet, l'exclusion sociale est donc définie comme une situation qui met une personne à part de sa société, laquelle est influencée par une vulnérabilité individuelle ou divers facteurs environnementaux (CEPE ; Billette et *al.*).

Dans la section suivante, une catégorie de personnes exclues socialement est décrite, soit les personnes en situation d'itinérance. Chez ces personnes, des conséquences importantes sont présentes au niveau fonctionnel.

2.1.1. Situation d'itinérance

Les personnes itinérantes constituent une portion des gens qui sont considérés en situation d'exclusion sociale. Il importe donc de définir ce qui est entendu par « itinérance » et quelles sont les problématiques associées à cette situation. Tout d'abord, trois dimensions permettent de délimiter ce qu'est une situation d'itinérance : la qualité et la stabilité résidentielle, la qualité et la stabilité des liens familiaux ou sociaux, ainsi que les caractéristiques personnelles et le vécu (habitudes de vie, trajectoire de vie, environnement et ressources...) (Table de concertation en itinérance de Sherbrooke, 2011). L'itinérance se définit donc comme étant :

« [...] un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2014a, p.30). »

Ce phénomène est expliqué par des facteurs sociaux et individuels combinés, retrouvés dans le parcours de vie de la personne (MSSS). L'itinérance n'est pas un phénomène homogène et malgré l'image caricaturale projetée par la société, ce phénomène est bien plus complexe que ce que certains pensent. Dans certaines situations d'itinérance, il y a absence visible de domicile, mais dans d'autres cas, les situations présentent seulement des risques de tomber sans domicile. Plusieurs auteurs définissent différents types d'itinérance. Selon la Politique nationale de lutte à l'itinérance (MSSS), trois types d'itinérance sont définis selon la durée : l'itinérance situationnelle (situation ponctuelle sans domicile), l'itinérance cyclique (alternance entre des périodes sans domicile et avec domicile) et l'itinérance chronique (situation permanente sans domicile). Echenburg et Jensen (2008) séparent également les types d'itinérance en trois catégories, mais cette fois, selon le lieu résidentiel. Celles-ci comprennent l'itinérance « absolue » (personne qui vit dans la rue ou un refuge d'urgence), l'itinérance « cachée » (personne qui vit dans une voiture, chez un proche ou une connaissance ou dans un établissement de séjour de longue durée) et l'itinérance « relative » (personne qui vit dans une résidence non-conforme ou qui risque de perdre son domicile). Même si ces personnes ont pour le moment un domicile, ils peuvent être considérés en situation d'itinérance, sans toutefois se situer dans l'itinérance « absolue ». Selon Latimer et ses collaborateurs (2015), quelques facteurs jouant un rôle menant à l'itinérance comprennent les

problèmes financiers, la pauvreté, la consommation (alcool et drogues) et divers problèmes personnels.

2.2. Problématiques associées à l'exclusion sociale

Plusieurs sphères de la vie peuvent être touchées par l'exclusion sociale, comprenant le logement, la santé, l'emploi, l'éducation et le réseau personnel (CEPE, 2014). Les problématiques engendrées dépendent du niveau d'exclusion sociale de la personne et peuvent évidemment être plus graves en situation d'itinérance. Dans cette section, les problématiques nommées sont davantage rencontrées dans une situation d'exclusion sociale plus grave et ne sont pas nécessairement applicables à toutes les personnes dans une telle situation. Toutefois, elles constituent des possibilités lorsqu'une personne est exclue socialement.

Une problématique importante associée à l'exclusion sociale est le vieillissement précoce observé chez ces personnes (RAPSIM, 2010). Ces dernières sont donc aux prises avec des problèmes de santé plus rapidement que le reste de la population compte tenu qu'elles sont confrontées à la solitude, à la précarité et à un stress quotidien important. D'autre part, un problème d'accessibilité aux soins est déjà présent dans la population générale, celui-ci étant accentué dans la population plus désavantagée, comprenant celle en situation d'exclusion sociale (Brownell, Roos & Roos, 2001, cité dans McColl & Dickenson, 2009). Ces personnes font effectivement partie de celles qui sont le plus souvent sans médecin et ne peuvent pas (ou ne savent pas comment) obtenir tous les soins nécessaires pour diverses raisons (Talbot, Fuller-Thomson, Tudiver, Habiband & McIsaac, 2001). Également, certaines barrières économiques et sociales influencent la façon dont ces personnes s'engagent dans leurs occupations (Lloyd et Basset, 2012).

En situation d'itinérance plus précisément, d'autres problématiques peuvent venir s'ajouter. Les gens dans cette situation vivent souvent dans des conditions physiques très difficiles à supporter physiquement et plusieurs problématiques d'ordre physique ou mental sont couramment associées, ainsi que des troubles de dépendance ou de judiciarisation (Helfrich, Aviles, Walens, Badiani et Sabol, 2006). Cette situation fait en sorte que ces personnes puissent développer des maladies chroniques et aiguës de façon démesurée si on les compare au reste de la population

(Townsend et Polatajko, 2013). Au plan de la santé physique, des exemples de problématiques rencontrées comprennent des carences nutritionnelles, des troubles parasitaires, de l'hypothermie ou des coups de chaleur et des infections variées (MSSS, 2008). De plus, les problématiques de santé mentale associées sont courantes (MSSS). Tel qu'indiqué par l'organisme Point de rue (2012), la majorité des personnes en situation d'exclusion sociale ont à la fois un problème de santé mentale (65%) et de toxicomanie (89%).

2.3. Besoins occupationnels

2.3.1. Définition d'un besoin occupationnel

Plusieurs auteurs définissent ce qu'est un besoin occupationnel. Ces besoins réfèrent à « faire quelque chose » pour vaincre les inconforts physiques, psychologiques ou sociaux et pour assurer le bon fonctionnement de l'organisme (Wilcock, 2005 dans Christiansen et Baum, 2005) et doivent avoir une composante associée à une occupation quelconque. Selon Ruiz-Tagle et Tejada (2010), les besoins occupationnels sont différents selon l'histoire occupationnelle et le contexte de la personne. Ces besoins, reflétant un manque, influencent le niveau de satisfaction et de rendement dans les occupations. En d'autres mots, le besoin occupationnel est inné et parfois inconscient, individualisé selon la personne et son contexte, associé à la santé et au bien-être et traduit l'importance de choisir des occupations variées et qui ont un sens pour la personne (Christiansen et Baum ; Ruiz-Tagle et Tejada ; Brown et Hollis, 2013). Pouvoir identifier ces besoins s'avère intéressant et nécessaire pour offrir des interventions en ergothérapie (Ruiz-Tagle et Tejada).

2.3.2. Besoins occupationnels recensés chez les personnes en situation d'exclusion sociale

Une recherche documentaire a permis d'explorer les besoins occupationnels des personnes en situation d'exclusion sociale. En raison de leur situation souvent instable, de nombreux besoins en lien avec les occupations ont été exprimés dans les écrits chez les personnes vivant de l'itinérance ou étant exclues socialement. Les parcours de vie uniques de ces personnes, souvent marqués par des situations ou des événements difficiles, mènent également à des besoins spécifiques qui changent selon l'âge, l'origine ou le milieu, par exemple (MSSS, 2014b).

Ainsi, selon les écrits scientifiques, il est important de considérer initialement les besoins de base de la personne (Grandisson, Tang, Korner-Bitensky & Mitchell-Carvalho, 2009), c'est-à-dire ceux qui mènent à sa survie. Si la personne ne mange pas à sa faim ou qu'elle a des problèmes de sommeil, ces besoins sont prioritaires avant de faire le saut vers la promotion d'autres besoins occupationnels. Les besoins occupationnels recensés dans les écrits chez ces gens sont en lien avec le maintien d'un équilibre occupationnel (tâches du quotidien, travail, loisirs, routine...) ou avec ses responsabilités (rôles, gestion financières...) (Grandisson et *al.* ; Griner, 2006 ; Helfrich et Fogg, 2007 ; Schultz-Krohn, Drnek et Powell, 2006 ; Thomas, Gray et McGinty, 2011 ; Helfrich et Chan, 2013). Pour donner quelques exemples plus concrets, selon une étude d'Helfrich et Chan qui a été menée auprès de personnes ayant une problématique de santé mentale et ayant vécu l'itinérance, avoir un endroit où vivre et où prendre soin de soi ainsi que la gestion des finances sont deux exemples de besoins importants pour les participants. Par ailleurs, les besoins exprimés diffèrent selon le niveau de stabilité résidentielle des participants. Par exemple, quelqu'un qui habite dans la rue n'aura pas nécessairement les mêmes besoins en avant-plan que quelqu'un qui habite dans un appartement depuis quelque temps, qui pourrait vouloir travailler la gestion de ses finances ou essayer de se trouver un emploi.

Par ailleurs, une revue systématique des écrits a été effectuée par Thomas et ses collaborateurs en 2011 en considérant 7 articles quantitatifs. Dans cette recherche, quatre catégories de besoins occupationnels ont été recensées : 1) la gestion monétaire, 2) les habiletés adaptatives, 3) le travail ou une activité éducative et 4) le besoin d'activités de loisir. En raison des besoins occupationnels identifiés, le rôle de l'ergothérapeute paraît donc justifié auprès de ces personnes.

2.4. L'ergothérapie auprès des personnes en situation d'exclusion sociale

Des recherches ont été menées en ce qui concerne les interventions en ergothérapie auprès des personnes en rupture sociale. Davantage d'études portent sur les personnes itinérantes compte tenu que l'exclusion sociale se mesure difficilement, mais les services mentionnés sont tout de même offerts à une population exclue socialement et non seulement à des personnes en situation d'itinérance. L'ergothérapeute utilise une approche globale qui considère les besoins complexes des gens qu'il rencontre. Également, l'approche préconisée par ce professionnel se veut axée

d'avantage sur les besoins au quotidien que sur la maladie ou les problématiques présentées. Au vu des écrits, le travail communautaire en ergothérapie auprès de ces personnes est encore en émergence (Marval et Townsend, 2013). Pour le moment, quelques écrits portent sur les interventions générales d'un ergothérapeute avec des personnes en situation de rupture sociale ou encore sur leurs besoins occupationnels. À titre d'exemple, plusieurs auteurs soutiennent la pertinence du rôle de l'ergothérapeute et soulignent des résultats intéressants avec les personnes exclues socialement ou en situation d'itinérance en faisant mention des besoins qui concordent avec la vision ergothérapique (Thomas et *al.* 2011 ; Grandisson, Tang, Korner-Bitensky et Mitchell-Carvalho, 2009 ; Schultz-Krohn, Drnek et Powell, 2006 ; Helfrich et Fogg, 2007 ; Griner, 2006). Plus précisément, ce professionnel aurait un rôle clé pour repérer les besoins en termes d'occupations et pour aider à retrouver des rôles occupationnels significatifs (Lloyd et Basset, 2012). Travailler avec ces gens serait d'ailleurs une opportunité pour l'ergothérapeute de développer son rôle à travers un champ de pratique relativement nouveau (Lloyd et Basset). De façon plus concrète, des exemples d'interventions mentionnés dans les écrits sont la réintégration communautaire et la stabilité résidentielle, l'utilisation de l'activité pour construire une identité positive ou de nouveaux rôles, la gestion de l'horaire ou de la routine et la création d'objectifs personnalisés avec le client, pour ne nommer que quelques exemples (Schultz-Krohn et *al.* ; Thomas, Gray, McGinty et Ebringer, 2011 ; Helfrich, Simpson et Chan, 2014). La plupart des études recensées ont été menées aux États-Unis ainsi qu'en Australie, puis quelques-unes en Angleterre ou au Canada, ailleurs qu'au Québec (Nouvelle-Écosse, Ontario). Toutefois, en raison de la récence de ce champ de pratique, certains auteurs mentionnent que les études sont encore peu nombreuses à ce sujet (Thomas, Gray et McGinty ; Grandisson et *al.*). Il est d'ailleurs recommandé de poursuivre la recherche en ce sens (Thomas, Gray et McGinty).

2.5. Soins de proximité pour les personnes en situation d'exclusion sociale

Dans un autre ordre d'idées, une nouvelle façon d'intervenir lorsqu'il est question d'exclusion sociale est explorée dans certains milieux, soit l'approche de proximité. « La notion de proximité est d'abord perçue d'un point de vue géographique et elle suppose un juste équilibre entre les notions d'accessibilité, de sécurité et d'efficience (Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), 2010, p.7) ». Une telle approche utilisée dans le contexte de la précarité socioéconomique suppose que d'amener les interventions directement dans le milieu de la personne pourrait aider à

rejoindre la clientèle plus facilement. Ce type de service se développe de plus en plus, surtout par du personnel médical (médecins, infirmières) et s'avérerait nécessaire pour rejoindre des clients exclus socialement et les aider à s'engager (Lloyd et Basset, 2012). De plus, même si des articles portent sur le rôle des ergothérapeutes auprès de ces personnes, très peu d'écrits concernent des soins donnés par ce professionnel dans une approche de proximité et peuvent guider les ergothérapeutes dans ce domaine (Lloyd et Basset). D'ailleurs, malgré la pertinence de l'ergothérapie dans ce cadre de soins primaires, cette profession n'est pas fréquemment rencontrée dans cette approche de soins spécifique en ce moment, particulièrement avec les gens en exclusion sociale (Marval et Townsend, 2013). Compte tenu de cela, les ergothérapeutes doivent faire un effort pour démontrer la pertinence de leur discipline dans ce contexte tout en maintenant leur identité professionnelle (Lloyd et Basset). La stigmatisation sociale de ces personnes, une difficulté à rejoindre la clientèle et le manque de connaissances des professionnels ou intervenants sur le contexte de vie de cette clientèle font partie des défis pouvant s'ajouter lors de l'implantation de services dans ce milieu (Grandisson, Tang, Korner-Bitensky & Mitchell-Carvalho, 2009).

Selon les écrits, comme il a été mentionné auparavant, très peu de milieux de soins offerts directement dans la communauté (services de proximité) pour des personnes en situation d'exclusion sociale ont intégré l'ergothérapie à leur équipe à ce jour. Deux exemples recensés sont l'intégration d'ergothérapeutes dans les *Mobile Outreach Street Health* en Nouvelle-Écosse (Marval & Townsend, 2013) et dans les *Homeless Health Outreach Teams* en Australie (Lloyd & Basset, 2012). Dans les deux cas, ce sont des équipes interdisciplinaires qui offrent des services directement dans le milieu des gens et ces équipes montrent des possibilités intéressantes en ce qui concerne les interventions en ergothérapie auprès de ces gens.

Dans la province du Québec, l'ergothérapie ne semble pas s'être développée au sein d'équipes de proximité. Plus précisément à Trois-Rivières, des milieux offrent des services de proximité dans la communauté (par exemple, certains organismes tels que Point de rue), mais aucun ergothérapeute n'est engagé en ce moment pour travailler auprès de ces gens dans cette ville.

2.6. Situation socioéconomique de la ville de Trois-Rivières

À Trois-Rivières particulièrement, certaines caractéristiques démographiques favorisent l'apparition de ce genre de phénomène (Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Agence SSS04), 2011). Par exemple, on trouve dans cette ville un vieillissement important de la population, une forte proportion de personnes vivant seules ou de familles monoparentales avec enfants, un taux d'assistance sociale et de chômage plus élevé que l'ensemble du Québec, ainsi qu'une surmortalité pour cause de suicide. De surcroît, en 2011, 19,7% de la population se trouvait sous le seuil de faible revenu selon l'indice de défavorisation, ce qui constitue près d'une personne sur cinq. Ces caractéristiques de la population de Trois-Rivières montrent donc une prédisposition au phénomène de l'exclusion sociale.

Par ailleurs, il est inscrit dans le Plan communautaire en itinérance de Trois-Rivières (Agence SSS04, 2011) qu'en 1990, 148 personnes ont été hébergées au Centre Le Havre alors qu'en 2011, 582 personnes ont utilisé les services d'hébergement au cours de l'année. Cela montre donc une augmentation importante de l'utilisation ce service dans cette région.

2.7. Interventions et services offerts pour les personnes en situation d'exclusion sociale à Trois-Rivières

À Trois-Rivières, plusieurs organismes (ex : Point de rue et Le Havre) permettent d'aider cette population en leur offrant soutien, alimentation, foyer temporaire et autres ressources (Point de rue, 2008 ; Première Ligne, 2014). La prochaine section présente plusieurs organismes ou groupes impliqués auprès des personnes en situation d'exclusion sociale dans la ville de Trois-Rivières. Afin d'aider à améliorer leur état de santé, une clinique de proximité affiliée à ces organismes a été fondée à Trois-Rivières en 2014 (Première Ligne). Une équipe d'intervenants appelée « Équipe Itinérance » vient également en aide à cette clientèle. Toutefois, présentement, aucun ergothérapeute ne prend présentement place au sein de ces équipes.

2.7.1. Point de rue

Cela fait plus de 20 ans que cet organisme existe à Trois-Rivières. Afin d'aider les personnes en rupture sociale, l'équipe fait du travail de rue (aller dans la rue directement pour rejoindre la clientèle dans le besoin), du dépannage alimentaire et vestimentaire, offre des opportunités de travail et monte plusieurs projets intéressants pour sa clientèle, comme la rédaction

et la vente d'un journal (Première Ligne, 2014). Cet organisme constitue également un centre de jour pour cette clientèle.

2.7.2. Le Havre

Le Havre est un centre qui permet l'hébergement de personnes dans le besoin 24h par jour, à tous les jours de la semaine (Première Ligne, 2014 ; Fondation du centre le Havre, s.d.). Le seul critère d'admission est que la personne n'ait pas de chez-soi ou de ressource où habiter en ce moment. La mission de ce centre est de « prévenir le développement de l'itinérance, d'atténuer ses conséquences et de favoriser la réinsertion sociale des personnes les plus vulnérables et démunies (Fondation du Centre le Havre) ». Des exemples de services offerts sont l'hébergement, mais également l'intervention ou l'accompagnement individuel, le suivi externe et le logement supervisé. Les personnes qui y travaillent sont principalement des intervenants sociaux (éducateurs spécialisés, par exemple).

2.7.3. Équipe Itinérance

L'équipe itinérance prend place dans des locaux au Havre, mais elle se déplace pour rencontrer des gens (Première Ligne, 2014). Le groupe est composé de deux psychoéducateurs, un infirmier et un éducateur spécialisé. Cette équipe permet de coordonner et de favoriser l'accessibilité des services à une clientèle en situation d'exclusion sociale, notamment en misant sur l'accès et la stabilité au logement, le freinage de la judiciarisation et sur le choix des soins les plus utiles pour la clientèle (Santé et Services Sociaux Québec (SSSQ), 2011).

2.7.4. Clinique de proximité de Trois-Rivières

La clinique de proximité est située directement dans des ressources qui se situent près des personnes, c'est-à-dire que par exemple, une fois par semaine, elle se retrouve dans l'un ou l'autre des organismes Point de rue et le Havre pour donner des soins médicaux. L'équipe de soignants comprend deux médecins, une infirmière et un intervenant-pivot qui utilisent une approche biopsychosociale et qui voient le client dans sa globalité (Première Ligne, 2014). Cette clinique de proximité facilite donc la tâche à la clientèle en offrant des soins de première ligne plus accessibles.

Les services précédemment présentés sont tous offerts dans la ville de Trois-Rivières, mais aucun ergothérapeute ne prend place dans aucun de ces établissements, ce qui fait se questionner sur la possible contribution qu'aurait ce professionnel dans de tels milieux.

3. BUT ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

À la lueur de ces informations, il est pertinent de continuer à explorer les besoins de cette clientèle dans ce contexte précis, ainsi que le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces personnes. Le fait que ce sujet soit peu exploré dans les écrits scientifiques, le rôle émergent de l'ergothérapeute dans ce type de milieu ainsi que le contexte actuel dans notre province (et précisément à Trois-Rivières) sont des raisons qui appuient l'importance de poursuivre la recherche dans ce sens. Le but de la présente étude est donc d'explorer la contribution de l'ergothérapeute auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale qui bénéficie de services de proximité dans la région de Trois-Rivières.

Plus spécifiquement, cette étude vise à 1) documenter les besoins occupationnels de la clientèle en exclusion sociale qui bénéficie de services de proximité à Trois-Rivières, 2) décrire les facteurs qui influencent l'adaptation occupationnelle chez cette clientèle et 3) explorer le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce milieu.

4. CADRE CONCEPTUEL

Cette section explique quelles assises théoriques ou conceptuelles guident ce projet. La Pyramide des besoins de Maslow (Maslow, 2004) et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner, 2008), qui seront présentés, aident à la catégorisation et à l'analyse des données recueillies.

4.1. Pyramide de Maslow

La théorie élaborée par Maslow montre une hiérarchie des besoins de l'être humain en lien avec sa motivation à répondre à ces besoins, selon cinq niveaux (Maslow, 2004). Les besoins à la base de la pyramide (niveau 1) sont les besoins physiologiques, qui sont les besoins de base de tout être humain (dormir, manger, respirer...). Ils sont suivis des besoins de sécurité, au niveau 2, qui comprennent le fait d'avoir un environnement stable et prévisible, puis des besoins d'appartenance et d'amour, au niveau 3, qui incluent l'affection reçue des autres. Au niveau 4 se situent les besoins d'estime, qui représentent les besoins de reconnaissance, d'être apprécié et d'avoir confiance en soi. Finalement, le niveau 5 comprend le besoin d'accomplissement de soi. Cette théorie permet donc de classifier les besoins par niveaux chez un individu, de montrer ceux qui sont prioritaires et d'effectuer une progression pour travailler ces besoins, si nécessaire.

4.2. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Cette étude s'appuie également sur le cadre conceptuel du MOH (voir Figure 1) car ce modèle s'intéresse à la nature occupationnelle de l'humain et à la relation dynamique vécue avec son propre environnement (Kielhofner, 2008 ; Bélanger, Briand et Marcoux, 2006). Le MOH vise donc à comprendre comment la personne s'adapte aux exigences de la vie en société (adaptation occupationnelle) en considérant les besoins occupationnels de l'individu (Bélanger et *al.*).

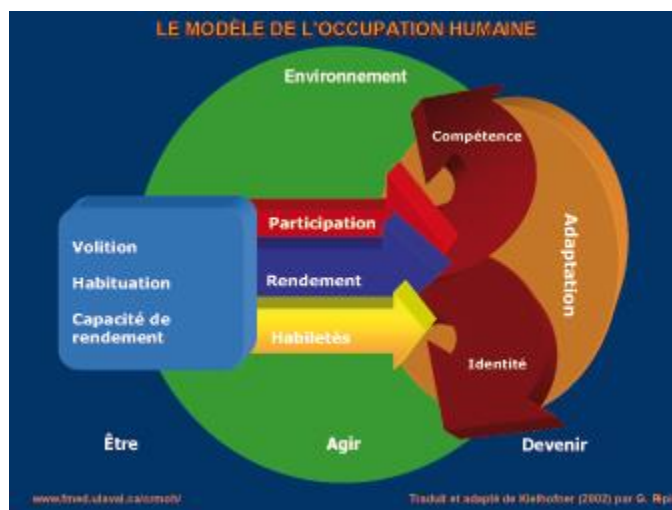


Figure 1. Modèle de l'occupation humaine. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (CRMOH). (2008). Page d'accueil. Repéré à : <http://www.fmed.ulaval.ca/crmoh/> (Droit d'auteur obtenu pour publication)

Le MOH comprend donc plusieurs composantes principales : « l'être », « l'agir » et « le devenir ». L'environnement est également considéré dans le modèle. D'abord, la composante de « l'être » comprend la capacité de rendement, l'habitation (habitudes, rôles, structure temporelle des occupations) et la volition (valeurs, intérêts et déterminants personnels qui motivent à agir) (Bélanger, Briand et Rivard, 2006). Cette sphère considère donc la satisfaction de la personne et le sens qu'elle rattache à ses occupations. La composante de « l'agir », quant à elle, comprend les habiletés de la personne, la participation occupationnelle (le fait de s'engager dans ses occupations), ainsi que le rendement occupationnel (la réalisation de ces occupations) (Bélanger et *al.*). De son côté, la sphère du « devenir » comprend la compétence et l'identité occupationnelle, qui influencent l'adaptation occupationnelle (Bélanger et *al.*). En d'autres mots, dans cette sphère, on désire idéalement avoir une adaptation occupationnelle optimale, étant définie comme la construction d'une identité positive et la mise en action de ses compétences dans son propre environnement (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006). Cette adaptation peut être limitée par l'apparition de problématiques de santé ou d'événements dans sa vie. Finalement, la sphère de l'environnement comprend les éléments qui facilitent ou qui limitent le fonctionnement de la personne dans ses occupations (Bélanger et *al.*)

4.3. Lien entre la Pyramide des besoins de Maslow, le Modèle de l'Occupation Humaine et le projet présenté

Les cadres conceptuels utilisés aident à faire les liens nécessaires à la compréhension du projet. Plus spécifiquement, la Pyramide des besoins de Maslow permettra de classifier les besoins recensés selon plusieurs niveaux et de voir lesquels sont associés à des occupations. Le MOH, quant à lui, aidera à mieux comprendre d'où viennent les difficultés de la personne en situation d'exclusion sociale (facteurs limitant l'adaptation occupationnelle) et aidera à explorer les possibilités en ergothérapie auprès de cette population. Le schéma ci-dessous (Figure 2) représente les liens entre les thèmes étudiés dans ce projet.

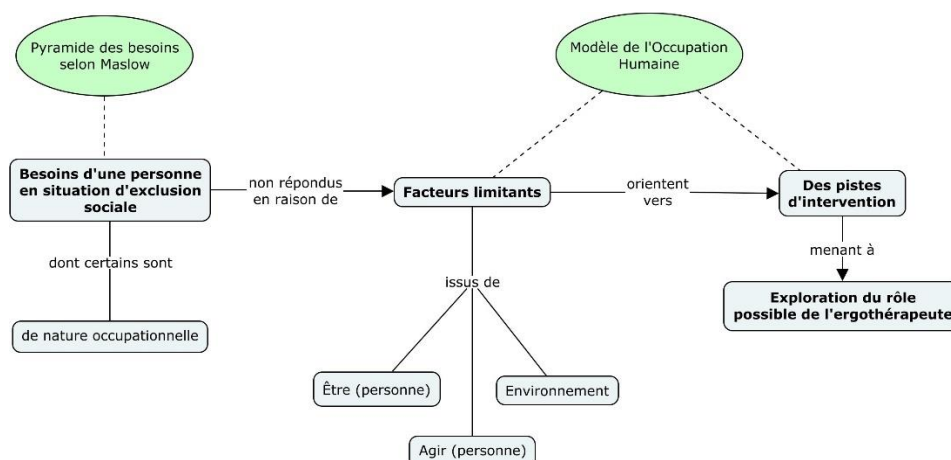


Figure 2. Représentation des liens entre les thèmes étudiés

5. MÉTHODE

Dans cette section, le devis de recherche choisi sera présenté, ainsi que les méthodes utilisées pour la sélection des participants, la collecte des données et l'analyse des données. De plus, les considérations éthiques de l'étude seront abordées.

5.1. Devis d'évaluation

Pour cette étude, une approche qualitative se basant sur un devis descriptif est utilisée, basée sur une méthode d'évaluation des besoins selon Atschuld et Witkins (2000). L'un des objectifs de l'étude consiste à comprendre les besoins de la clientèle en situation d'exclusion sociale, ce qui s'inscrit bien dans ce type de devis. Selon ces auteurs, l'analyse des besoins s'effectue en trois phases : 1) préciser les besoins et répertorier les informations existantes, 2) recueillir les données pour les analyser, interpréter et prioriser et 3) déterminer des solutions pour les besoins prioritaires et créer une suite d'action pour les implanter. Ces étapes seront effectuées dans le cadre de mon projet, à l'exception de la dernière compte tenu qu'aucune action ne sera entreprise en ce qui concerne l'implantation de solutions. Toutefois, la troisième étape sera débutée en observant la contribution possible de l'ergothérapeute dans un milieu d'exclusion sociale.

5.2. Participants

Trois catégories de participants ont pris part au projet : des intervenants travaillant dans des organismes offrant des soins de proximité dans la ville de Trois-Rivières, des personnes en situation d'exclusion sociale utilisant ces services et un ergothérapeute ayant travaillé avec cette clientèle dans cette même région.

5.2.1. Critères d'inclusion

Premièrement, les intervenants participant au projet doivent :

- Travailler dans le domaine de la santé ou des services sociaux;
- Offrir présentement des soins de proximité à Trois-Rivières (Point de rue, Le Havre, Clinique de proximité ou Équipe Itinérance).

De leur côté, les personnes en situation d'exclusion sociale rencontrées doivent :

- Recevoir des services de proximité à Trois-Rivières (Point de rue, Le Havre, Clinique de proximité ou Équipe Itinérance);

- Être considérées en situation d'exclusion sociale;
- Être référées par un intervenant offrant des services de proximité à Trois-Rivières (Point de rue, Le Havre, Clinique de proximité ou Équipe Itinérance).

Finalement, l'ergothérapeute doit :

- Être membre de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec;
- Avoir déjà travaillé plus de 6 mois à titre d'ergothérapeute auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale.

5.2.2. Échantillonnage

Pour rejoindre les intervenants des divers milieux (Le Havre, Point de rue, Équipe Itinérance, Clinique de proximité), des personnes-clés ont été contactées afin de présenter brièvement le projet. Par la suite, ces derniers ont référé une autre personne de l'équipe au besoin ou ont accepté de lire la lettre d'information et de consentement (voir exemple à l'Annexe A), envoyée à chacun par courriel. En ce qui concerne l'échantillonnage pour les personnes recevant les services de proximité, il est de type accidentel car ces participants ont été choisis selon leur présence dans le milieu, selon leur désir de participer et selon une référence reçue par un travailleur qui connaît la personne. Compte tenu du contexte particulier et de l'impossibilité de donner des rendez-vous précis à ces participants, l'équipe a aidé dans le choix des personnes susceptibles de vouloir participer et leur a donné une explication globale du projet. Après avoir été référé par les membres de l'équipe, le projet a été expliqué plus précisément et le formulaire d'information et de consentement a été présenté aux participants afin qu'ils acceptent ou non de prendre part au projet. Finalement, l'ergothérapeute qui participe à l'étude était déjà connue au début de l'étude, car peu d'ergothérapeutes à Trois-Rivières ont travaillé dans ce contexte d'intervention. Celle-ci a reçu par courriel une lettre d'information et de consentement en lien avec le projet présenté.

5.3. Collecte de données

5.3.1. Méthode de collecte de données

Les données ont été recueillies par entrevues semi-structurées avec les trois catégories de participants, à un moment et un endroit convenu avec chacun des participants. Quatre intervenants

ont été rencontrés, ainsi que deux personnes qui utilisent les services et une ergothérapeute (n=7). À cet effet, trois schémas d'entrevue (voir Annexe B, Annexe C et Annexe D) ont été conçus pour chacune des catégories de participants. Les entrevues ont été enregistrées sous format audionumérique. Tous les formulaires et données récoltées ont été placées dans un classeur barré dans le laboratoire de recherche d'ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

5.3.2. Procédure de collecte de données

Les participants pouvaient prendre connaissance de la lettre d'information, expliquant le projet de façon plus détaillée. Lors du rendez-vous convenu pour l'entrevue, le participant pouvait poser toutes les questions désirées avant de signer le formulaire de consentement. Pour les personnes en situation d'exclusion sociale, le projet a été brièvement expliqué par les intervenants pour ensuite être expliqué de façon plus détaillée par moi-même, avant qu'elles ne prennent connaissance du formulaire d'information et de consentement. Les entrevues individuelles ont été d'une durée entre 15 minutes et 60 minutes pour tous les participants.

5.4. Analyse des données

Une analyse qualitative des données recueillies a été effectuée. D'abord, les entrevues ont été transcrites de façon intégrale à l'aide du logiciel *Express Scribe*. Ensuite, les données ont été traitées dans une analyse de contenu (Fortin et Gagnon, 2010). Les mots ou les groupes de mots ont été codifiés selon plusieurs catégories ou thèmes saillants. Plus précisément, des catégories utilisées sont les besoins occupationnels de la clientèle, les facteurs influençant l'adaptation occupationnelle, l'approche favorisée, les interventions effectuées, les interventions souhaitées et le rôle de l'ergothérapeute avec cette clientèle (ou le lien avec l'ergothérapie). Les facteurs influençant l'adaptation occupationnelle ont également été subdivisés selon certains termes du cadre conceptuel.

5.5. Considérations éthiques

Tous les participants ont eu une explication des avantages et inconvénients de ce projet, ainsi que des procédures. Une explication individuelle a été faite à chaque participant avant de signer le formulaire de consentement. Également, les participants ont pu poser toutes les questions nécessaires afin que leur consentement soit libre et éclairé. Une lettre d'information et de consentement a été remise à chaque participant et a été signée par ces derniers. De plus, puisque

la recherche implique la participation d'êtres humains, un certificat éthique (CDERS-16-7.06.04) a été accordé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) en date du 1^{er} avril 2016 et un autre certificat éthique (CÉR-2015-037-02) a été accordé par le comité éthique de la recherche du CIUSSS en date du 18 juillet 2016 dans sa plus récente version.

6. RÉSULTATS

Dans cette section, les principaux résultats qui ressortent de la collecte de données seront présentés. Une description des participants sera d'abord effectuée, suivie de l'explication des divers thèmes qui ont émergé à la suite des entrevues. Les besoins occupationnels de la clientèle en situation d'exclusion sociale, les facteurs qui limitent l'adaptation occupationnelle ainsi que les possibilités en ergothérapie auprès de cette clientèle feront partie des catégories présentées. Une description des quatre milieux visités, telle qu'effectuée par les personnes qui y travaillent, se retrouve en annexe (Annexe E).

6.1. Description des participants

Les tableaux présentés dans cette section (Tableaux 1 et 2) donnent une description globale des intervenants et des utilisateurs des services de proximité qui participent à cette étude, laquelle est suivie d'une présentation un peu plus détaillée de ces derniers. Les noms des participants ont été modifiés pour garder l'anonymat.

Tableau 1.
Description globale des participants à l'étude (intervenants)

Numéro et nom du participant	Nombre d'années d'expériences dans ce contexte de travail
Participant 1. Georges	3 ans
Participant 2. Micheline	4 ans, mais a déjà été travailleuse de rue
Participant 3. Christine	2 ans
Participant 4. Dave	18 ans, a déjà été travailleur de rue
Participant 5. Nathaël	4 ans

Tableau 2.
Description globale des participants à l'étude (utilisateurs des services de proximité)

Numéro et nom du participant	Titre du participant	Milieu consulté et depuis quand ?	Âge	Problématiques de santé
Participant 6. Fabien	Utilisateur des services de proximité	Utilise les services de Point de rue depuis 15 ans	56 ans	Asthme, psoriasis, anxiété
Participant 7. Léa	Utilisatrice des services de proximité	Utilise les services de l'Équipe Itinérance depuis quelques années	42 ans	Trouble de santé mentale (diagnostic non mentionné), TPL léger, arthrose très sévère, problèmes articulaires, obésité, apnée du sommeil, problématique de dépendance (passé)

6.1.1. Intervenants travaillant auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale

Les 4 intervenants prenant part à l'étude travaillent dans 4 milieux différents situés dans la ville de Trois-Rivières, soit l'Équipe Itinérance, le centre le Havre, Point de rue et la Clinique de proximité.

6.1.2. Ergothérapeute ayant travaillé auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale

L'ergothérapeute ayant pris part à cette étude a travaillé comme ergothérapeute auprès de l'Équipe Itinérance de 10 à 15 heures par semaine pendant environ 2 ans. Sa tâche consistait à utiliser son expertise en ergothérapie pour choisir les interventions adéquates et à mener ces interventions (rattachées au quotidien) auprès de la clientèle vue par l'Équipe Itinérance.

6.1.3. Personnes en situation d'exclusion sociale utilisant les services de proximité à Trois-Rivières

Deux utilisateurs des services de proximité à Trois-Rivières ont pris part à cette étude. Le premier, prénommé Fabien, est âgé de 56 ans et habite en loyer seul, à Trois-Rivières. Il ne travaille pas présentement, mais reçoit un revenu de l'aide sociale. Il mentionne avoir deux maladies incurables, soit de l'asthme et du psoriasis, en plus d'être très anxieux. Ce participant dit ne pas avoir d'amis ni d'ennemis, mais bien être neutre à ce sujet. Il utilise les services de Point de rue depuis 15 ans, milieu qui devient comme sa deuxième maison.

La deuxième utilisatrice des services rencontrée se nomme Léa, est âgée de 42 ans et habite en appartement en ce moment, depuis un an. Un ami habite avec elle, ainsi que son petit chien. Léa utilise les services de l'Équipe Itinérance depuis maintenant plusieurs années et a une intervenante attitrée qu'elle voit occasionnellement ou qu'elle peut appeler au besoin. Celle-ci a déjà obtenu des services en ergothérapie alors qu'une ergothérapeute travaillait auprès de l'Équipe Itinérance, notamment en lien avec sa sécurité à domicile. Léa voit occasionnellement ses enfants (de qui elle a perdu la garde) et ses petits-enfants, sous encadrement. Elle mentionne qu'elle n'a pas vraiment de réseau social sur qui elle peut compter. Léa a plusieurs problématiques de santé comprenant un trouble de santé mentale dont le diagnostic n'a pas été mentionné, un trouble de la personnalité limite léger, de l'arthrose sévère et des problèmes articulaires, de l'obésité, de l'apnée du sommeil et a déjà eu des problématiques de dépendance à la consommation.

6.2. Besoins de la clientèle

6.2.1. Besoins rapportés par les intervenants des milieux et l'ergothérapeute

Plusieurs besoins perçus chez les personnes en situation d'exclusion sociale utilisant les services de proximité dans la ville de Trois-Rivières ont été rapportés par les intervenants et l'ergothérapeute. Ceux les plus fréquemment nommés sont listés dans le tableau qui suit (Tableau 3), ainsi que le nombre de participants ayant rapporté chaque besoin et leur niveau dans la Pyramide des besoins de Maslow. Les besoins occupationnels associés aux besoins ressortis figurent également dans le tableau.

Tableau 3.

Besoins rapportés par les intervenants des milieux et l'ergothérapeute, niveau dans la pyramide des besoins de Maslow et lien avec les occupations

Besoin	Nombre de participants ayant rapporté ce besoin	Niveau dans la pyramide des besoins de Maslow (Centre FORA, 2014)	Besoins occupationnels associés ou lien avec les occupations
Hébergement / relocalisation / stabilité résidentielle	4	Niveau 2 : besoin de sécurité	*Prérequis à plusieurs occupations
Besoins de base (manger, dormir...)	3	Niveau 1 : besoins physiologiques	*S'alimenter *Avoir une routine de sommeil satisfaisante
Budget / manque d'argent	2	Niveau 2 : besoin de sécurité	*Gérer son budget *Prérequis à plusieurs occupations
Besoins affectifs / sécuriser des relations / tisser des liens avec la communauté / se mettre en relation	2	Niveaux 3 et 4 : besoin d'appartenance et d'amour / besoin d'estime	*Entretenir des rôles significatifs (ex : s'occuper de quelqu'un) *Prérequis à certaines occupations / permet davantage d'opportunités occupationnelles
Hygiène de vie / mode de vie	2	Niveau 2 : besoin de sécurité	*Avoir une routine satisfaisante
Besoin d'autonomie	2	Niveau 5 : besoin d'accomplissement de soi	*Prérequis à certaines occupations et à la satisfaction dans les occupations
Avoir un rôle productif	2	Niveau 5 : besoin d'accomplissement de soi	*Avoir un travail ou une occupation productive
Bien-être / trouver un sens	1	Niveau 5 : besoin d'accomplissement de soi	*Avoir des loisirs, des occupations que l'on aime et qui ont un sens *Avoir des rôles significatifs

Tout d'abord, un besoin important à avoir été mentionné par presque tous les intervenants questionnés (4 personnes sur une possibilité de 5) est l'hébergement, soit le fait d'habiter quelque part. Ensuite, trois participants ont mis l'emphasis sur le fait qu'auprès des personnes vues dans leurs milieux, on intervient beaucoup sur les besoins de base (manger, dormir...). D'ailleurs, selon ces participants, la classification prioritaire de ces besoins prime sur tous les autres besoins sur lesquels on pourrait intervenir. Ces besoins font souvent partie des attentes de la clientèle.

Quand tu sais pas tu vas être où demain, ce que tu vas manger demain, est-ce que tu vas avoir ton logement, est-ce que tu vas avoir ta dose... demain... tout le reste [...] ça prend le bord là c'est pas important. (Georges)

[...] la majorité n'en sont pas là mais bien aux besoins de base. (Dave)

[...] la personne va vivre mieux si elle consomme moins, qu'elle a plus d'argent dans ses poches, si elle a une médication qui l'aide à garder une stabilité dans ses dans ses comportements, dans ses émotions... (Georges)

Deux personnes ont parlé de l'importance de travailler sur le budget ou le manque d'argent chez cette clientèle. Également, deux intervenants ont mentionné l'importance des besoins affectifs, soit de tisser des liens avec sa communauté et d'être en relation avec autrui. À cet effet, il a été dit que le fait de fréquenter des personnes dans un autre environnement que celui de la rue et des organismes pourrait être bénéfique.

Des fois c'est le fun d'être avec des gens qui sont peut-être pas aussi «poqués», t'sais donner un peu d'espoir, des fois ça peut être aidant. (Christine)

Les besoins d'autonomie, de productivité et d'avoir un sens à sa vie sont également ressortis chez deux participants. Le rôle productif permettrait de structurer la journée, d'avoir quelque chose à faire et de rencontrer des gens. Par ailleurs, le bien-être de la personne est un besoin rapporté par l'un des intervenants. Finalement, même si elle ne se retrouve pas dans le tableau, la consommation devient parfois un besoin chez cette clientèle selon les intervenants rencontrés. Il se peut que la dépendance crée un « besoin » chez la personne sans qu'elle en soit toujours consciente.

6.2.2. Besoins rapportés par les personnes utilisant les services de proximité

Par ailleurs, certains besoins ont été mentionnés par les personnes qui utilisent les services de proximité. Ces besoins sont classifiés dans le tableau ci-dessous (Tableau 4), ainsi que leur niveau dans la pyramide des besoins de Maslow et le lien avec les occupations ou les besoins occupationnels associés.

Tableau 4.
Besoins rapportés par les utilisateurs des services, niveau dans la pyramide des besoins de Maslow et lien avec les occupations

Besoin	Nombre de participants ayant rapporté ce besoin	Niveau dans la pyramide des besoins de Maslow (Centre FORA, 2014)	Besoins occupationnels associés ou lien avec les occupations
Besoins de base (nourriture, hygiène...)	2	Niveau 1 : besoins physiologiques	*S'alimenter *Faire ses soins d'hygiène
Sécurité résidentielle	1	Niveau 2 : besoin de sécurité	*Prérequis à certaines occupations
Accès à la médication et à l'aide ou à l'écoute nécessaires	2	Niveau 2 : besoin de sécurité	*Gérer sa médication *L'obtention de services aide parfois à l'engagement dans certaines occupations
Revenu pour répondre aux besoins	1	Niveau 2 : besoin de sécurité	*Gérer son budget *Prérequis à certaines occupations
Aider les gens autour / rendre les gens heureux / relations sociales	2	Niveaux 3 et 4 : besoin d'appartenance et d'amour / besoin d'estime	*Avoir des rôles significatifs (ex : s'occuper de quelqu'un) *Prérequis à certaines occupations / permet davantage d'opportunités occupationnelles
Autonomie / faire ses propres choix	1	Niveau 5 : besoin d'accomplissement de soi	*Prérequis à certaines occupations et à la satisfaction dans ses occupations
Avoir un rôle productif	1	Niveau 5 : besoin d'accomplissement de soi	*Avoir un travail ou une occupation productive
Bien-être / sens à la vie / avoir des loisirs	2	Niveau 5 : besoin d'accomplissement de soi	*Avoir des loisirs ou des occupations significantes

Pour Fabien, il est important d'avoir accès à la médication nécessaire et à la nourriture dont on a besoin. Il mentionne l'importance d'avoir un revenu de base pour subsister à ses besoins. Pour lui, il est également nécessaire d'aider les gens autour et de les rendre heureux, mais aussi de pouvoir se faire écouter au besoin. Finalement, Fabien mentionne l'importance de profiter de la vie sans se faire de soucis inutiles et de prendre ses propres décisions. Il trouve nécessaire d'avoir un sentiment de bien-être et de trouver un certain sens à sa vie. Ce qu'il préfère, c'est de s'arrêter un moment pour « regarder quelqu'un manger ou respirer ». Fabien ne changerait rien à la vie qu'il mène présentement.

Mes journées, c'est un bonheur, c'est parfait. Je suis comblé. De voir qu'est-ce qui est alentour de moi que je réussis à rendre ce monde-là heureux. Dans ce temps-là moi, j'ai rien autour de moi. Mais je suis fier d'avoir rendu ce monde-là heureux.
(Fabien)

Pourquoi je me comblerais de soucis dans ma tête quand j'ai pas besoin de ça ? Quand t'as pas de problèmes, t'es heureux. Quand t'as pas de peine, t'es encore plus heureux, quand t'as pas de dossier criminel, t'es 10 fois plus heureux, quand t'as ton permis surtout t'es fier de l'avoir. Je suis riche, mais j'ai pas d'argent.
(Fabien)

De son côté, Léa trouve important d'avoir un domicile dans lequel on est bien et en sécurité, de pouvoir avoir des soins d'hygiène adéquats et d'avoir accès à la médication nécessaire. Elle accorde une importance à l'aspect social, surtout en lien avec sa famille (petits-enfants). Finalement, deux besoins qu'elle aimerait travailler sont au niveau du travail et des loisirs, dont la réalisation est difficile pour elle (n'en possède pas et cela lui manque).

6.2.3. Besoins occupationnels et liens avec les occupations à partir des besoins identifiés par les participants

À partir de tous les besoins ressortis par les participants, des besoins occupationnels ont été associés ou un lien a été fait avec l'occupation dans les tableaux 3 et 4. Plusieurs besoins recensés (hébergement, manque d'argent, besoins affectifs, besoin d'autonomie) sont en quelque sorte des prérequis à certaines occupations. Pour donner quelques exemples, avoir un lieu où vivre mène à faire l'entretien de son domicile, des tâches ménagères, de la cuisine, de dormir... De plus, gérer son budget et avoir un revenu est un prérequis à l'hébergement. La prise en compte des besoins affectifs ou le fait d'avoir des relations sociales peuvent également constituer un prérequis à certaines occupations, mais permettent particulièrement davantage d'opportunités occupationnelles. Le besoin d'autonomie, quant à lui, pourrait influencer la satisfaction dans ses occupations.

Aux besoins de base sont associés les besoins occupationnels de s'alimenter, de faire ses tâches d'hygiène et d'avoir une routine de sommeil satisfaisante. Au niveau des besoins affectifs, ceux-ci sont associés au besoin occupationnel d'avoir des rôles significatifs. Par exemple, une mère (rôle) prend soin de quelqu'un (occupation). En ce qui concerne le besoin d'avoir un revenu, un exemple de besoin occupationnel associé est la gestion de son revenu (budget). Le besoin

d'avoir un mode de vie ou une hygiène de vie sains est associé au besoin occupationnel d'avoir une routine satisfaisante. Le rôle productif, étant un autre besoin ressorti par les participants, est associé au fait d'avoir un travail ou une occupation productive et le besoin de bien-être ou de sens est associé au fait d'avoir des loisirs ou des occupations que l'on aime. Finalement, le besoin d'avoir accès à une médication est associé à l'occupation de gérer et prendre sa médication.

6.3. Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle

6.3.1. Facteurs rapportés par les intervenants

Plusieurs types de facteurs ont été rapportés comme ayant une influence sur l'adaptation occupationnelle de la clientèle vue en soins de proximité à Trois-Rivières. Ces facteurs, mentionnés par les intervenants ou l'ergothérapeute rencontrés et classifiés dans les sphères de l'environnement, de l'être et de l'agir selon le MOH.

6.3.1.1. Environnement

Selon le MOH, l'environnement peut être une source d'éléments qui facilitent ou limitent le fonctionnement au quotidien (Bélanger, Briand et Marcoux, 2006). Plusieurs facteurs limitants ont été mentionnés par les intervenants et l'ergothérapeute. Les participants ont d'abord évoqué le fait que les personnes en précarité socioéconomique vivent dans un milieu de vie ou un contexte complexe, méconnu et rempli de préjugés. Des difficultés d'adaptation à ce milieu chez les intervenants peuvent donc survenir, liés à un « clash » culturel en raison de deux réalités (chez les intervenants vs chez les personnes en exclusion sociale) complètement différentes. D'ailleurs, beaucoup de personnes dans la communauté et même d'intervenants manquent d'information et de sensibilisation à ce type de problématique, d'autant plus que souvent, ils vivent loin de la réalité de leur client. Ainsi, cela peut être plus difficile de comprendre les réactions et décisions des personnes en situation d'exclusion sociale.

Même si certains veulent aller à l'urgence, les interventions effectuées ne prendront pas compte de leur réalité et ne serviront à rien [...] ça le confronte également à sa réalité. (Christine)

Un enjeu économique a également été mentionné, soit le fait que le chèque de base de l'aide sociale ne peut subvenir qu'à la base des besoins. Ainsi, les personnes n'ont pas toujours les

moyens nécessaires pour avoir des loisirs et ne doivent ne s'en tenir qu'à l'essentiel. Ensuite, l'environnement physique de la personne peut devenir un facteur qui limite l'adaptation occupationnelle car parfois, la personne n'a nulle part où habiter ou habite un lieu dans lequel les conditions sont néfastes pour sa santé. Il faut aussi considérer que cela peut être difficile pour des personnes en précarité socioéconomique de trouver un logement en bon état, considérant le prix et le fait qu'elles n'aient pas toujours de référence si cela est exigé par le propriétaire. Par ailleurs, le fait que ces personnes n'aient pas de réseau social ou un faible réseau social pour les aider n'est pas facilitant. Parfois, les personnes auraient besoin d'aide pour des soins particuliers et n'ont pas de réseau pour les aider à les obtenir.

L'une des plus importantes catégories de facteurs limitants à avoir été mentionnées par tous les intervenants lors des entrevues, ce sont les facteurs organisationnels. Plusieurs obstacles sont placés sur la route des personnes en situation de précarité sociale, comprenant d'abord les critères d'inclusion des établissements et programmes. Souvent, ces personnes ne cadrent pas dans les critères alors qu'ils auraient tout autant de besoins que d'autres personnes qui reçoivent des services. L'âge et la présence de problématiques de santé mentale sont deux critères qui excluent souvent les personnes en situation d'exclusion sociale. Deuxièmement, on retrouve dans le réseau un enjeu d'accès et de continuité. Les services sont souvent fractionnés et présentés sans nécessairement s'inscrire dans un continuum, ce qui n'aide pas à considérer la complexité des problématiques vécues par les personnes exclues socialement. Le long délai en lien avec les services n'aide pas non plus. Troisièmement, le fait de mettre un cadre trop rigide (heures précises, délais à respecter...) n'est pas une méthode à favoriser avec ce type de clientèle. Il faut également considérer que l'approche et l'attitude des intervenants jouera pour beaucoup sur la réussite des interventions données à ce type de clientèle. Quatrièmement, un participant a parlé du fait qu'il y ait une possibilité de conflit interprofessionnel entre les divers travailleurs qui veulent aider cette clientèle. Par exemple, si quelqu'un ne se limite pas seulement à son rôle, il est possible que des conflits se créent entre collègues.

[...] On a tendance à vouloir être seul là-dedans parce qu'on aime ça intervenir de façon efficace et finalement que ce soit nous qui soit la personne ressource ou la personne la plus significative mais d'être capable justement... d'avoir une perspective d'intervention d'équipe. (Micheline)

Finalement, les milieux et organismes offrant des services à une clientèle en situation d'exclusion sociale comportent malgré tout certains facteurs limitants pour plusieurs personnes exclues socialement. Par exemple, ces milieux reçoivent souvent des bénéficiaires qui peuvent faire preuve d'agressivité et beaucoup de personnes prennent part à la vie commune, ce qui crée une ambiance qui n'est pas toujours facile à vivre pour n'importe qui. Également, les établissements ont pour la plupart une capacité limitée pour recevoir les gens, surtout à la fin du mois, ce qui pourrait exclure des utilisateurs. Des règles de base sont aussi nécessaires dans ces milieux (règlements de sécurité, par exemple) et leurs utilisateurs n'y sont pas nécessairement habitués.

6.3.1.2. *Être*

Quelques facteurs ont été mentionnés en ce qui concerne la sphère de l'être selon la perspective du MOH. Rappelons que cette sphère inclut ce qui est important pour la personne, ce qui la représente et la pousse à agir (Kielhofner, 2004). Tout d'abord, ces personnes font souvent face à du stress, de la peur ou de la méfiance, ce qui peut nuire à leur adaptation occupationnelle. Également, faire confiance aux personnes de l'entourage est souvent difficile et une peur du jugement peut être présente. Ainsi, cela peut prendre du temps avant qu'un lien soit créé entre l'intervenant et la personne en situation d'exclusion sociale.

[...] ne se voient pas non plus toujours comme étant quelqu'un qui a droit de fréquenter les mêmes places les mêmes services de divertissement que monsieur, madame-tout-le-monde, ils ont peur des préjugés, se sentent pas confortable dans les mêmes endroits [...] (Georges)

Ensuite, diverses problématiques de santé peuvent avoir un impact sur l'adaptation occupationnelle de la personne. Des exemples de problématiques souvent rencontrées sont la dépendance, l'isolement social, les troubles de santé mentale, les troubles de personnalité, la judiciarisation, les troubles cognitifs, la détresse psychologique, la prostitution... Ces problématiques de santé complexes, souvent en comorbidité, peuvent mettre ces personnes en marge de la société. En raison du nombre et de la complexité de ces problématiques chez certaines personnes, la plupart accordent encore une grande importance aux besoins de base. Leurs priorités sont donc établies selon le besoin ou le degré de plaisir ressenti, ce qui fait qu'il s'agit souvent de l'alimentation, de la consommation, du logement... Malgré le fait qu'ils peuvent mentionner leurs

priorités ou intérêts, ces derniers n'ont pas une grosse marge de manœuvre puisqu'ils doivent d'abord combler ces besoins de base (ou besoins associés à leur survie). Un autre obstacle, c'est que la personne n'a pas toujours de papiers d'identité, ce qui complexifie l'accès aux services. Pour terminer dans la sphère de l'être, le niveau d'autodétermination n'est souvent pas suffisant pour utiliser les services traditionnels (ne savent pas comment, ne peuvent pas ou ne désirent pas utiliser ces services, pour plusieurs raisons), ce qui constitue une limite importante.

6.3.1.3. Agir

Au niveau de la sphère de l'agir, plusieurs facteurs constituaient également des limites en ce qui concerne l'adaptation occupationnelle selon les intervenants rencontrés. Dans la perspective du MOH, cette sphère consiste en la façon dont la personne prend part à ses occupations et aux habiletés qui lui permettent de faire ainsi (Kielhofner, 2004). Tout d'abord, il arrive que le manque de capacités de la personne soit un obstacle et que la réussite d'objectifs à long terme soit difficile. De plus, la personne peut avoir de la difficulté à maintenir un engagement stable dans certains rôles, dans les relations avec les autres ou dans d'autres situations dans leur vie (résidence, par exemple). Même si quelqu'un possède un logement, il se peut qu'il change plusieurs fois par année parce qu'il est incapable de garder ce logement. Ensuite, il arrive souvent que les personnes en situation d'exclusion sociale rompent avec l'aide qui leur est offerte. Effectivement, plusieurs ne se sentent pas bien dans le système ou encore, essayent de s'organiser seuls pendant un bon moment ayant été habitués ainsi dans leur vie. Plusieurs ne feront pas de demande non plus par manque de connaissances sur une maladie ou sur les services. Il faut également considérer que beaucoup de problématiques de santé physique deviennent des obstacles, surtout chez la clientèle vieillissante. Les personnes en rupture sociale sont considérées comme des personnes âgées plus jeunes en raison de leur rythme de vie, ce qui accroît la possibilité de problématiques de santé habituellement associées à l'âge. Des difficultés au plan des habiletés de planification s'ajoutent aux facteurs de la sphère de l'agir, alors que beaucoup de prérequis au niveau des habiletés sont nécessaires pour se rendre à d'autres objectifs que ceux de base. Leur mode de vie demande d'importantes capacités cognitives, beaucoup de flexibilité et d'organisation, ce qui peut s'avérer complexe. Ce que les intervenants disent trouver difficile avec ce type de clientèle, c'est que souvent, ces personnes agissent de manière à ce que leur potentiel soit mal exploité. Des cercles vicieux (la consommation par exemple) font en sorte que la personne se sent démunie et qu'elle

ne sait pas par où commencer. Ces difficultés peuvent également entraîner un sentiment d'impuissance chez les intervenants.

Tous les facteurs expliqués ci-haut figurent dans le tableau suivant (Tableau 5), selon les sphères de l'être, de l'agir et de l'environnement.

Tableau 5.
Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle selon les intervenants

Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle		
Environnement	Être	Agir
<ul style="list-style-type: none"> - Préjugés des personnes autour - Budget limité - Environnement néfaste pour la santé - Pas de réseau social pour les aider - Nombreuses limites organisationnelles - Population générale et travailleurs du domaine de la santé ne sont pas toujours sensibilisés à cette réalité - Contexte actuel du domaine de la santé - Peu de possibilités pour les logements - La vie peut être difficile en milieux et organismes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Stress, peur, méfiance - Difficulté à faire confiance - Amalgame de problématiques de santé qui font référence aux autres facteurs - Priorités selon le degré de plaisir (consommation, par exemple) - Faible niveau d'autodétermination - Ne sont pas tous rendus à travailler au niveau occupationnel, mais parfois bien avant cela - Niveau de motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté avec un mode de vie stable (routine, par exemple) - Tendance à rompre avec l'aide offerte - Problématiques de santé physique car clientèle vieillissante (vieillesse précoce) - Difficulté de planification - Difficulté relationnelles (création de lien, entretien des liens) - N'ont pas tendance à faire de demande eux-mêmes - N'ont souvent pas de papiers d'identité - Le potentiel de la personne (fonctionnement au quotidien) peut être mal exploité - Plusieurs cercles vicieux (manque d'argent et consommation, par exemple) amènent la personne à être démunie, ne pas savoir où commencer

6.3.2. Facteurs rapportés par les personnes utilisant les services de proximité

Durant l'entrevue, les personnes vues dans les services de proximité ont également rapporté quelques facteurs qui peuvent limiter leur adaptation occupationnelle. Ces facteurs sont énumérés dans le tableau 6, selon les sphères de l'environnement, de l'être et de l'agir du MOH.

Tableau 6.
Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle selon la clientèle

Facteurs limitant l'adaptation occupationnelle		
Environnement	Être	Agir
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à être compris par les autres - Faible revenu de l'aide sociale - Préjugés et regard des gens créent de l'isolement social - Faible réseau social - Subventions parfois insuffisantes dans les services - Attitude des gens envers eux (population générale et professionnels) - Système traditionnel de la santé n'est pas toujours fait pour des personnes « hors-norme » de la société - Pas assez de services en lien avec la santé mentale - Accès plus facile aux drogues 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à la méfiance relationnelle - Multiples problématiques de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté avec le contact humain - Limitations physiques

Tout d'abord, la difficulté d'être compris par les gens autour a été mentionnée par les deux participants, difficulté pouvant être exacerbée si la personne a un faible réseau social. Les préjugés ainsi que le regard de l'autre peuvent même mener à de l'isolement social et à un désir de ne pas aller dans des endroits publics. Selon Léa, l'attitude des gens, que l'on parle de la population ou même des soignants rencontrés, est parfois remplie de jugements. Cette attitude des autres peut mener, à long terme, à une méfiance relationnelle. Léa disait justement : « Au lieu de me piocher sur la tête, arrête de me juger. ». Pour donner un exemple, elle mentionne que les travailleurs à l'hôpital avaient trop de dégoût en voyant son ex-conjoint, en situation d'itinérance, pour le soigner et qu'ils ne comprenaient pas par quoi il était passé. Fabien fait également part d'une difficulté éprouvée en ce qui concerne le contact humain et ce dernier dit avoir coupé le contact vers l'âge de 3 ans.

Personne peut savoir c'est quoi un vrai solitaire [...] S'il y avait pas d'êtres humains pis je serais tout seul d'être humain, je serais aussi heureux. (Fabien)

Le facteur limitant du budget a également fait surface, car les revenus de l'aide sociale ne permettent pas nécessairement d'effectuer toutes les dépenses désirées selon les participants. Par exemple, Fabien dit qu'il aimerait s'acheter une voiture, mais qu'il n'a pas assez d'argent pour le

faire. Toutefois, il n'a pas le choix d'obtenir des rentes de l'aide sociale (de ne pas travailler) en raison de ses troubles de santé.

Au niveau des services offerts, Léa fait ressortir le fait que les services de santé traditionnels ne permettent pas toujours un accès facile aux personnes considérées « hors-norme » de la société. Elle pense que les services liés à la santé mentale devraient être plus nombreux. Cette dernière mentionne aussi un facteur économique qui fait que les subventions dans les organismes pour les personnes exclues socialement sont parfois moindres ou insuffisantes. Finalement, selon ce que mentionne Léa, le fait d'avoir de multiples problématiques de santé ainsi que des limitations physiques qui briment ses mouvements n'aident pas au fonctionnement optimal. Elle dit aussi que l'accès de plus en plus facile à la drogue est un facteur qui peut nuire à une personne qui est susceptible d'en faire usage.

6.4. Intervention auprès de cette clientèle

Lors des entrevues, les participants ont parlé de l'approche à favoriser auprès de la clientèle en situation d'exclusion sociale, des interventions présentement offertes, des interventions souhaitées et ont fait des liens avec l'ergothérapie. Ces thèmes seront abordés à travers cette section.

6.4.1. Point de vue des intervenants sur l'intervention auprès de cette clientèle

6.4.1.1. Approche à favoriser

Les intervenants ont rapporté plusieurs éléments importants dans l'approche auprès de cette clientèle. Les caractéristiques énumérées sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 7).

Tableau 7.

Caractéristiques de l'approche à favoriser auprès de la clientèle selon les intervenants

Caractéristiques nommées
<ul style="list-style-type: none"> → Collaborative → Long terme → Par petits pas → Holistique → Vise la santé globale, inclusion sociale, combler les besoins → Interprofessionnelle → « Outreach » (approche de proximité) → Accompagnement → Accueil inconditionnel

Tout d'abord, selon les intervenants, l'approche doit être sous forme de collaboration, dans un partenariat du soin où le client a un certain pouvoir décisionnel. Cette personne doit pouvoir dire ce qu'elle voudrait afin que ce ne soit pas seulement ce que l'intervenant veut qui soit considéré. La création de cette relation n'est pas seulement une modalité, mais aussi un objectif en soi.

T'es face à une personne qui va être 100% elle-même devant toi, le titre aidant-aidé intervenant-client il s'applique pas sur le terrain. C'est du très très tangible, c'est du humain à humain pur et simple. (Georges)

On part vraiment du besoin dit par la personne. Souvent c'est rempli par un intervenant, mais il faut considérer également ce que la personne aurait écrit. [...] C'est pas ça qu'on va travailler si ça vient pas vraiment de la personne. (Georges)

Il faut aussi gérer une certaine forme d'impuissance en tant qu'intervenant. Autrement dit, on ne peut pas vouloir plus que la personne elle-même. D'autre part, l'intervention se fait généralement par très petits pas et sur du long terme. Il est possible qu'il y ait des phases plus difficiles et sans amélioration, mais l'intervenant essaye de faire en sorte que la personne vive au moins des petites réussites et essaye de penser plus loin pour des pistes d'intervention futures. Il faut souvent dédramatiser avec le client pour qu'il puisse avancer.

On est vraiment dans le ici et maintenant avec les gens, en essayant de penser un peu plus loin. Où est-ce qu'on pourrait l'amener pour stabiliser sa situation et pour faire en sorte que ça va mieux? (Georges)

Dans le milieu communautaire pis ça y'a des écrits qui documentent ça là, y'a des résultats probants qui documentent ça que dans le milieu communautaire, souvent t'sais des approches de long cours, des petites interventions d'accompagnement à long terme, ben les intervenants sont beaucoup plus à l'aise [...] pis peuvent faire des interventions qui vont nécessiter davantage ça que dans le réseau traditionnel parce que dans le réseau traditionnel y'a une pression de performance qui est imposée par les institutions. (Christine)

[...] mais si elle, elle le voit pas présentement, on reste quand même autour. Quand il y a une petite brèche qui s'ouvre, ben on en parle pis un moment donné ça accroche pis on est capable de... faire un bout de chemin vers ce sens. (Georges)

Une autre façon intéressante d’approcher la clientèle, c’est de voir la personne de façon holistique, au-delà de la dysfonction. Pour travailler efficacement, il faut être généraliste d’une certaine façon en ayant des connaissances dans plusieurs domaines (santé mentale, santé physique, équipements disponibles...). Selon les intervenants questionnés, l’approche utilisée vise à promouvoir la santé globale plutôt que l’absence de maladie, à favoriser l’inclusion sociale et l’autonomie, à combler les besoins de la personne, à atteindre son mieux-être, à trouver un sens à sa vie, à réduire les méfaits, à être en soi une forme d’innovation sociale... Également, l’approche interprofessionnelle est très importante dans ce milieu. Le partage est essentiel dans la communication et l’intervention pour accroître l’efficacité des services offerts. Une approche de proximité est également promue, soit le fait d’agir directement dans le milieu de la personne. Ainsi, une meilleure compréhension de ce que disent les gens et de leur réalité se fait voir, ce qui sensibilise davantage les intervenants. Lorsque le client laisse quelqu’un entrer directement dans son milieu de vie, dans son intimité et dans sa vie, il s’agit d’un indice d’un bon lien de confiance. Par ailleurs, dans les milieux de proximité, une approche d’accueil inconditionnel est utilisée plutôt qu’un schème de contrôle. L’entrée des personnes dans les différents services se fait dans une optique de respect total et d’ouverture d’esprit, même si certaines règles doivent être respectées.

[...] on n’est pas des polices, on n’est pas là pour dire quoi faire, mais ça prend un minimum de collaboration. [...] On va avoir des rechutes, de la récurrence... Il ne faut pas avoir des jugements, ce n’est pas la place. (Nathaël)

Finalement, la plupart des services sont offerts sous forme d’accompagnement afin que les personnes finissent par devenir de plus en plus autonomes et puissent ensuite combler leurs besoins par elles-mêmes le plus possible.

6.4.1.2. Interventions effectuées

Les intervenants rencontrés ont discuté des interventions offertes à la clientèle en situation d’exclusion sociale dans la région de Trois-Rivières. La section suivante énumère quelques éléments souhaités dans les interventions. Ces éléments sont résumés dans le tableau suivant (Tableau 8) et expliqués ensuite.

Tableau 8.

Interventions effectuées et éléments d'intervention souhaités auprès de la clientèle en situation d'exclusion sociale à Trois-Rivières

Interventions effectuées	Éléments d'intervention souhaités
<ul style="list-style-type: none"> - Relation d'aide - Suivi médical - « Raccrocher au système traditionnel » - Accompagnement / aide (juridique, démarches financières, épicerie...) - Proposer des solutions pour répondre aux besoins sans recours à la judiciarisation - Contacts sociaux - Opportunités / activités (arts, sorties, écriture...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi à plus long terme - Sensibilisation auprès des intervenants - Fonctionnement et sécurité à domicile (domicile et adaptations en fonction des capacités) - Plus de partenaires et de ponts avec des organismes - Personnes-pivot qui font le lien entre différentes structures

Pour débiter, la relation d'aide est l'un des principaux objectifs utilisés puisque le lien peut être long à bâtir et qu'il s'agit souvent d'un élément difficile pour la personne exclue socialement. Une évaluation et un suivi peuvent être effectués avec la personne, entre autres au niveau médical à la clinique de proximité. Les interventions effectuées visent à aider la personne à retrouver un sens à sa vie, mais également à raccrocher cette personne au système traditionnel (auquel elle peut être accompagnée d'abord) dans la mesure du possible. On veut travailler l'équilibre de vie et les contacts sociaux de la personne.

Il faut les aider à reprendre, à travailler... dans le but toujours de les raccrocher au système existant un peu sans leur faire perdre nécessairement leur couleur ou leurs intérêts ou ce qui est important. (Georges)

Les services offerts visent également que la personne développe d'autres réflexes que le vol ou l'agressivité, par exemple, pour répondre à ses besoins. Entre autres, du dépannage alimentaire est offert et les intervenants peuvent montrer les ressources existantes aux utilisateurs des services. Très souvent, l'intervention se traduit sous forme d'accompagnement, que ce soit à l'épicerie, au niveau médical, au palais de justice, pour l'obtention de papiers d'identités ou de services de l'aide sociale, pour visiter des logements ou encore au niveau de la gestion financière. Finalement, plusieurs opportunités sont offertes à cette clientèle dans les services, telles des sorties, l'inclusion par les arts et la culture, de l'écriture ou de la peinture, la possibilité d'écrire pour le journal la Galère (fait par Point de rue) et la mise en relation avec des artistes de la communauté.

6.4.1.3. *Éléments d'intervention souhaités*

Quelques éléments d'intervention qui seraient intéressants à mettre en place ont également été nommés par les participants intervenants. Par exemple, une approche davantage de long cours serait intéressante avec cette clientèle afin d'avoir une meilleure cohésion dans le suivi et d'avoir la possibilité d'optimiser le lien relationnel avec la personne. Ensuite, il serait important que les intervenants soient sensibilisés à cette réalité, déjà au cours de leur cursus de formation.

Il y a un clash culturel très important. Moi je pense que c'est une réalité qui est loin de la réalité de la majorité des ergothérapeutes et des physiothérapeutes et de plusieurs intervenants en fait. Pis je pense que c'est une lacune de ne pas avoir d'élément dans le cadre de la formation qui, à la limite, ne serait qu'une sensibilisation à cette réalité-là. (Christine)

La sécurité à domicile pourrait également être observée (elle était surtout vérifiée par l'ergothérapeute pendant son séjour à l'Équipe Itinérance) et des équipements pourraient être proposés pour que les capacités soient en meilleure adéquation avec le logement dans lequel la personne habite. Ce type d'intervention n'est plus effectué en ce moment car il n'y a plus d'ergothérapeute au sein des équipes, mais a été bénéfique aux personnes qui ont vu l'ergothérapeute à l'Équipe Itinérance. Finalement, la possibilité a été mentionnée de faire plus de ponts avec des organismes communautaires et d'avoir plus de partenaires. Si des personnes-pivots pouvaient faire le lien entre les différentes structures, les services offerts pourraient être facilités.

Parfois, les gens sont en transition. Il faudrait que quand quelqu'un sort de l'hôpital, qui est en attente, il pourrait avoir accès à un espèce d'intervenant du centre communautaire qui peut faire le lien, un entremetteur... (Nathaël)

6.4.1.4. *Liens avec l'ergothérapie*

Durant les entrevues, les intervenants qui ont participé à l'étude ont fait lien avec l'ergothérapie à plusieurs reprises. Les éléments rapportés se séparent principalement en deux catégories : les apports de l'ergothérapeute au sein de l'Équipe Itinérance et les liens intéressants à faire entre l'ergothérapie et le milieu de la rupture sociale selon les intervenants. Le tableau 9 montre les apports de l'ergothérapie à l'Équipe Itinérance selon l'intervenant qui y travaille et l'ergothérapeute qui y a travaillé.

Tableau 9.
*Apports de l'ergothérapie au sein de l'Équipe Itinérance selon l'intervenant
 qui y travaille et l'ergothérapeute qui y a travaillé*

Apports de l'ergothérapie mentionnés
<ul style="list-style-type: none"> - Permet de connaître de nouvelles possibilités dans les interventions - Permet de mieux cibler les évaluations et les interventions - Donne accès à certains outils (dépistage des troubles cognitifs, par exemple) - Permet de vérifier la sécurité à domicile - Permet d'évaluer l'accès au transport adapté - Permet à l'ergothérapeute de plaider pour le client auprès d'organismes et d'instances

Tout d'abord, l'ergothérapeute qui a travaillé à l'Équipe Itinérance ainsi que l'intervenant de ce milieu ont parlé de ce que faisait l'ergothérapeute et de ses apports aux services. Premièrement, beaucoup d'objectifs de la clientèle sont associés au quotidien. L'ergothérapeute peut donc amener son expertise dans l'évaluation et l'intervention occupationnelle. De plus, ce professionnel permet de donner accès à certains outils (dépistage troubles cognitifs par exemple) et de repérer les problématiques au niveau des occupations du quotidien. Initialement, l'ergothérapeute ayant travaillé à l'équipe Itinérance pensait pouvoir amener un volet santé mentale et psychiatrie (travail sur soi-même, entre autres), mais elle s'est aperçue que cela n'était pas réaliste car les besoins de base à combler sont souvent beaucoup plus importants. On débute donc par travailler ces besoins, tout en gardant en tête des aspects pouvant être travaillés ultérieurement.

[...] pratiquement toujours dans une perspective de répondre à des besoins de base, visant ultimement un travail à plus long cours afin de permettre d'accéder à un état où la personne devient disponible pour travailler autre chose. [...] Éventuellement, faire en sorte qu'elle devienne dispo pour faire intervention en lien avec l'affect, la santé mentale... (Christine)

L'ergothérapeute ayant déjà travaillé dans ce milieu mentionne également que beaucoup d'évaluations sont faites pour la sécurité à domicile (adaptations et aides techniques, entre autres) et que les droits des personnes en situation d'exclusion sociale doivent souvent être défendus. L'accès au transport adapté doit aussi être évalué dans certaines villes, comme Trois-Rivières, où une évaluation doit être faite pour avoir accès à la Société de Transport de Trois-Rivières (STTR). Les interventions effectuées sont souvent associées aux occupations du quotidien et directement

dans le milieu des gens, ce qui permet de baigner dans leur univers. Toutefois, les mandats en ergothérapie sont souvent limités aux activités de la vie quotidienne (AVQs) et aux activités de la vie domestique (AVDs), ce qui limite la marge de manœuvre dans l'intervention. Plusieurs autres occupations sont touchées chez cette clientèle, telles les loisirs, le travail, s'occuper de ses enfants...

Par ailleurs, quelques éléments ont été nommés par les intervenants faisant lien entre l'ergothérapie et le milieu de l'exclusion sociale. Ces éléments sont montrés dans le tableau ci-dessous (Tableau 10) et ensuite expliqués.

Tableau 10.

Éléments de la profession d'ergothérapeute en lien avec les personnes en situation de rupture sociale selon les intervenants

Liens entre l'ergothérapie et la problématique de la rupture sociale
<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup d'objectifs liés au quotidien chez cette clientèle - Ergothérapeute bien placé pour faire une analyse multifactorielle - Assises au niveau médical sont une force (entrée en matière moins menaçante pour la clientèle) - Ergothérapeutes seraient utiles dans les organismes communautaires et dans le milieu de la rue, pour faire une évaluation fonctionnelle de la personne - Peut débiter en travaillant les besoins de base, tout en ayant dans l'optique de travailler d'autres besoins ultérieurement (approche holistique)

Selon les participants (intervenants des divers milieux), l'ergothérapeute est bien placé pour faire une analyse multifactorielle en vue de résoudre les problématiques complexes des clients. En d'autres mots, ce professionnel peut tenir compte d'une multitude de facteurs qui complexifient la situation d'une personne, que ce soit au niveau des problématiques de santé, d'ordre psychosocial ou au niveau de l'environnement. Lorsque l'on prend un élément de façon individuelle, l'intervention est souvent moins efficace selon les participants. Également, il s'agit d'une force d'avoir des assises au niveau médical. Intervenir d'abord en lien avec une problématique d'ordre physique est souvent moins menaçant et ainsi, il s'agit d'une façon de créer un lien de confiance avec le client. Finalement, les participants mentionnent qu'il serait intéressant d'avoir des ergothérapeutes dans le milieu de la rue directement ou encore, dans les organismes communautaires pour faire un pont avec la clientèle et faire une analyse ou une évaluation globale et plus complète des besoins.

Les ergothérapeutes en milieu communautaire, il y en faudrait. Il pourrait y en avoir dans les centres locaux d'emploi qui ont des programmes de réinsertion sur le marché du travail, car les personnes arrivent avec des lacunes bien plus de base que les prérequis au travail. (Christine)

L'ergothérapie était mal connue, et plus on avance, plus on travaille avec vous, plus c'est clair que vous avez un rôle complémentaire à jouer avec nos services. [...] T'sais on a déjà comme plein la tête avec l'aspect psychosocial pis sinon ben on sait que le bio est là, on a une équipe de soins que la clinique peut venir pallier, mais je pense que d'intégrer votre regard d'ergo... dans les observations que les travailleurs de rue font au quotidien dans les appartements, je pense que ça pourrait (amener) un apport important à l'approche du travail de rue en général. (Dave)

Comme les clientèles ne peuvent pas utiliser les services traditionnels, les cliniques de proximité c'est une bonne affaire, mais il pourrait se faire d'autres services qui seraient rattachés à ça, comme l'ergothérapie ! Un réseau qui se crée à côté, c'est moins menaçant ! (Nathaël)

Toutefois, selon quelques participants, il serait plus facile pour l'ergothérapeute de travailler avec une petite partie de la clientèle en situation d'exclusion sociale. En d'autres mots, selon quelques intervenants, l'ergothérapie serait surtout utile pour ceux qui sont dans une situation résidentielle stable et qui pourraient travailler sur eux-mêmes.

6.4.2. Point de vue de la clientèle sur les services reçus

Finalement, les utilisateurs des services ont parlé de leur perception des services qu'ils reçoivent. Fabien a découvert Point de rue par lui-même. Il utilise les services depuis 15 ans déjà. Il dit que grâce à eux, il a eu un deuxième souffle, une deuxième vie. Ce dernier dit finalement que les services sont adéquats sur toute la ligne et ne changerait rien. En ce qui concerne Léa, elle dit que sans avoir reçu de services, elle ne serait probablement plus là. Elle trouve surtout intéressant d'avoir un intervenant qui la voit depuis longtemps, ce qui fait qu'il la comprend mieux.

[...] est là pour me pousser, me taper dans le dos, de bonnes tapes ! (Léa)

Elle dit qu'elle s'est souvent sentie jugée par les médecins et personnes qu'elle rencontrait et que parfois, elle se faisait dire des choses méchantes. Elle trouve aussi cela difficile de créer toujours de nouveaux liens lorsqu'elle doit changer de médecin ou voir toujours de nouvelles personnes. Malgré les quelques difficultés qu'elle ressort, Léa ne se passerait pas de services. Elle

a déjà vu une ergothérapeute et trouve que les conseils qu'elle lui a donnés lui sont encore utiles à ce jour dans son quotidien. Elle est contente d'avoir réussi à trouver de l'aide.

[...] C'est mieux d'aller chercher de l'aide que de rester assis sur son popotin et ne rien faire, ça c'est être lâche. Je veux continuer à avoir de quoi de pas pire pour vivre encore un brin. (Léa)

7. DISCUSSION

Dans cette section, un retour sur les trois objectifs spécifiques de l'étude sera effectué en lien avec les résultats obtenus, ainsi que des liens avec plusieurs écrits à ce sujet. Les forces et les limites de cette recherche seront finalement mentionnées, suivies de l'implication de cette étude dans la pratique en ergothérapie.

7.1. Besoins de la clientèle en situation d'exclusion sociale

Cette étude avait pour but d'explorer la possible contribution de l'ergothérapeute auprès de personnes en situation d'exclusion sociale. Pour ce faire, trois objectifs spécifiques devaient être rencontrés. En premier lieu, l'étude avait pour objectif de documenter les besoins des personnes exclues socialement en termes d'occupations. Ces besoins ont donc été explorés auprès des participants (intervenants, ergothérapeute et utilisateurs des services de proximité) selon la hiérarchie de la pyramide de Maslow (Maslow, 2004).

7.1.1. Similarités entre les participants

Tout d'abord, chez les intervenants (comprenant l'ergothérapeute) ainsi que chez les utilisateurs des services de proximité, des besoins ont été mentionnés dans toutes les catégories de besoins de la Pyramide des besoins de Maslow (besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'appartenance et d'amour, besoins de et besoins d'actualisation de soi) (Maslow, 2004). De plus, les catégories de besoins qui sont ressortis par les deux types de participants (intervenants et utilisateurs des services) étaient essentiellement les mêmes : besoin de stabilité résidentielle, besoins de base (ex. se nourrir, dormir...), besoins financiers, besoins affectifs, besoin d'autonomie, besoin d'un rôle productif et besoin de bien-être ou de sens.

7.1.2. Différences entre les participants

Chez les intervenants, généralement, les besoins des niveaux 1 et 2 de la Pyramide des besoins de Maslow étaient mentionnés par davantage de personnes. Du côté des utilisateurs des services, même s'ils n'étaient que deux, ils ont tous deux mentionné au moins un besoin dans chacun des sphères de la pyramide. Il n'y avait donc pas nécessairement plus de besoins nommés en lien avec les niveaux primaires de la pyramide. Cette différence, même si elle devrait être documentée davantage pour être significative, incite tout de même à considérer les attentes de la personne rencontrée, tout comme mentionné par le Ministère de la santé et des services sociaux (2014b). En effet, il est possible qu'il soit très important pour elle d'avoir éventuellement un

emploi, de s'occuper de sa famille ou de trouver un loisir qui lui procure du bien-être, et ce malgré la présence de besoins de base non comblés.

Pour chacun des deux types de participants, seulement une catégorie de besoins était divergente et ne se retrouvait pas chez l'autre groupe de participants. Chez les intervenants, le besoin différent mentionné était le mode de vie ou l'hygiène de vie sains. Une hypothèse peut être faite que ce besoin n'a pas été ressorti par les utilisateurs des services parce qu'ils ne sont pas au courant de ce qu'un tel mode de vie leur apporterait ou encore, parce qu'ils ne sont pas rendus à penser à ce besoin. Chez les utilisateurs des services, le besoin différent était l'accès à la médication ou aux services de santé. Cela montre une préoccupation à l'accès aux soins et un désir d'être aidé, même si ces participants étaient peu nombreux.

7.1.3. Besoins associés aux occupations

Il est vu dans les écrits que les personnes en situation d'exclusion sociale ont également des besoins d'ordre occupationnel (Grandisson et al., 2009; Griner, 2006 ; Helfrich et Fogg, 2007 ; Schultz-Krohn, Drnek et Powell, 2006 ; Thomas, Gray et McGinty, 2011 ; Helfrich et Chan, 2013), tout comme montré dans cette étude. Beaucoup de besoins recensés étaient en quelque sorte des prérequis à certaines occupations et n'étaient pas automatiquement associés à des besoins occupationnels (voir Tableau 3 et Tableau 4). Pour donner un exemple, les besoins affectifs comprennent le fait d'avoir des relations sociales ou des rôles satisfaisants, mais le fait de combler ces besoins amène davantage d'opportunités occupationnelles, ce qui fait qu'à la base, ce besoin mentionné peut également être considéré comme un certain prérequis à plusieurs occupations. Dans le même ordre d'idées, il a été remarqué que plusieurs besoins recensés sont inter-reliés. La notion de prérequis montre d'une certaine façon en quoi tous ces besoins peuvent être associés les uns aux autres et peuvent être difficilement dissociables.

7.1.4. Priorisation des besoins

Selon les intervenants rencontrés, cela ne sert à rien de vouloir uniquement travailler autre chose alors que les besoins des premières sphères ne sont pas répondus, tout comme il est mentionné dans les écrits (Grandisson, Tang, Korner-Bitensky et Mitchel-Carvalho, 2009 ; Helfrich, Simpson et Chan, 2014 ; Helfrich et Fogg, 2007 ; Schultz-Krohn, Drnek et Powell, 2006 ; Gray, Thomas, McGinty et Ebringer, 2011). Alors, un travail important sur soi-même ou sur la

gestion des émotions est difficile à envisager lors d'un premier contact avec cette clientèle, car comme mentionné précédemment, un certain ordre de priorités est remarqué au niveau des besoins d'une personne. Durant l'intervention, la création d'un lien thérapeutique est aussi à mettre en premier plan. Il faut toutefois garder en tête des objectifs à plus long terme pour le futur, surtout parce qu'ils peuvent faire partie des attentes des personnes rencontrées, comme il a été remarqué chez certains participants dans ce projet. Il faut donc utiliser un raisonnement de type interactif (Fleming, 1991), c'est-à-dire d'avoir un langage d'action commun avec la personne rencontrée et d'élaborer des objectifs conjointement avec elle, ce qui permet de répondre à ses attentes. Il est nécessaire que les besoins de la personne soient documentés de façon la plus exhaustive possible dans un processus d'intervention avec une personne en situation d'exclusion sociale. Les résultats suggèrent donc qu'il faut considérer un certain ordre de priorités dans les besoins de l'humain, mais qu'il faut également considérer l'unicité de chaque être et où cette personne en est rendue (quels sont ses objectifs en ce moment). La situation unique d'une personne et son vécu influencent l'importance qu'elle accorde à ses différents besoins.

7.2. Facteurs qui influencent l'adaptation occupationnelle des personnes en situation d'exclusion sociale

Le deuxième objectif spécifique de cette étude était de vérifier les facteurs qui influencent négativement l'adaptation occupationnelle des personnes en situation d'exclusion sociale. Ces facteurs ont été répertoriés selon trois sphères du MOH : l'environnement, l'être et l'agir.

7.2.1. Types de facteurs mentionnés

Plusieurs facteurs d'influence ont été mentionnés dans chacune des sphères, tout autant chez les intervenants que chez les utilisateurs des services, ce qui montre la situation complexe dans laquelle peuvent se trouver les personnes en situation d'exclusion sociale. De plus, le niveau d'influence d'un facteur « X » diffère selon les divers besoins à travailler. En d'autres mots, si on revient au schéma qui montre les liens entre les différentes composantes des résultats dans l'essai (voir Figure 2), on voit que certains besoins ne sont pas répondus en raison de facteurs limitants, mentionnés dans cette section. Pour donner un exemple concret, si on prend le besoin d'avoir des relations sociales (besoin recensé lors de l'entrevue), il se peut qu'il soit difficile de le combler notamment en raison des préjugés que les autres exercent ou de la difficulté à faire confiance aux autres (facteurs recensés lors des entrevues). Toutefois, si on prend le même besoin, il ne sera pas

nécessairement influencé par le manque de subventions dans les organismes. Bref, des liens se perçoivent entre les différents besoins et les facteurs qui influencent négativement le fonctionnement des personnes en situation d'exclusion sociale, mais il est important d'analyser quels facteurs sont susceptibles d'avoir le plus d'impact négatif sur le besoin qui doit être comblé. De plus, comme mentionné par Helfrich, Aviles, Walens, Badiani et Sabol (2006), la multiplicité et la complexité des problématiques de personnes exclues socialement vient parfois accroître le nombre de facteurs limitants auxquels la personne est exposée.

7.2.2. Interventions visant à limiter l'influence négative des facteurs mentionnés

Les facteurs ressortis (voir Tableau 5 et Tableau 6) aident à voir ce qui pourrait être fait pour limiter leur influence négative. Le tableau 11, présenté ci-dessous, permet de présenter quelques options qui pourraient être faites auprès des personnes en situation d'exclusion sociale pour diminuer l'influence négative de ces facteurs dans chacune des sphères. Ces options sont proposées selon une analyse des propos des participants, mais également selon des idées globales qui permettraient de limiter l'influence négative des facteurs.

Tableau 11.
Options qui pourraient diminuer l'influence négative des facteurs qui font obstacle à l'adaptation occupationnelle

Options en lien avec l'environnement	Options en lien avec l'être	Options en lien avec l'agir
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation auprès des intervenants - Plaidoyer pour les clients - Favoriser l'accès et la continuité des services - Ne pas utiliser de cadre ou de structure trop rigide 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre le temps de créer le lien avec le client - Considérer les problématiques de santé en comorbidité - Considérer les attentes du client 	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer toutes les problématiques qui pourraient limiter les capacités de la personne

Au niveau de l'environnement, les principales limites comprenaient le manque de compréhension et les préjugés venant d'autrui (entourage et professionnels de la santé), ainsi que l'accessibilité et le recours aux services de santé qui peuvent être difficiles (Brownell, Roos et Roos, 2001, cité dans McColl et Dickenson, 2009). À ce sujet, il serait intéressant de faire de la sensibilisation auprès des intervenants, de plaidoyer pour ces clients (par exemple, en lien avec les critères du soutien à domicile) et de trouver des façons de favoriser l'accès et la continuité des

soins pour eux. Ces quelques solutions aideraient donc à limiter l'influence négative de certains facteurs auxquels ces personnes sont confrontées. Des barrières économiques ont également été mentionnées comme un facteur limitant important, tout comme le mentionnent entre autres Lloyd et Basset (2012).

En ce qui concerne la sphère de l'être, étant une représentation de la personne, de ce qui est important pour elle et de ce qui la pousse à agir (Kielhofner, 2004), certaines propositions pourraient également aider à ce qu'il y ait moins de facteurs qui limitent l'adaptation occupationnelle. Les principaux facteurs limitants dans cette sphère étaient au niveau des difficultés relationnelles (méfiance, difficulté à tisser des liens), des multiples problématiques de santé qui influencent les comportements et du niveau de motivation souvent proportionnel au plaisir ressenti, pour donner quelques exemples. Prendre le temps de créer le lien thérapeutique avec son client en tant que professionnel pourrait être aidant dans le processus d'intervention, car il serait plus facile pour la personne de faire confiance à son thérapeute. De plus, il serait pertinent de considérer les problématiques de santé en comorbidité et de considérer les attentes du client. Même si les attentes ne peuvent pas être le seul critère pour établir des objectifs pour la personne, la motivation de la personne pourrait s'accroître si elle sait qu'elle a une partie de pouvoir dans le choix des buts à atteindre. La notion de sens est un élément-clé dans la sphère de l'être et peut évidemment aider la personne à s'engager dans un processus thérapeutique.

Finalement, la sphère de l'agir se définit comme la façon de prendre part à ses occupations et toutes les habiletés qui permettent de le faire (Kielhofner, 2004). Quelques exemples de facteurs limitant l'adaptation occupationnelle répertoriés dans cette sphère (voir tableau 5) comprennent des difficultés de planification (routine), des difficultés au niveau des habiletés sociales, des « cercles vicieux » (besoin d'argent pour la consommation), la multiplicité des problématiques et le vieillissement précoce (limitations physiques). La proposition principale serait donc de considérer toutes les problématiques qui peuvent limiter les capacités de la personne afin que celles-ci constituent des facteurs qui influencent de façon moins importante l'adaptation occupationnelle des clients.

Il est important d'analyser lesquels de ces facteurs ont le plus d'influence négative sur le fonctionnement au quotidien afin de trouver l'intervention la plus efficace dans la mesure du possible. Tous les facteurs ne peuvent être modifiés, mais un travail peut être fait pour que certains entravent moins le fonctionnement au quotidien.

7.3. Rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce milieu

Le dernier objectif spécifique de cette étude était d'explorer le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce milieu. Initialement, au cours de cette étude, certains intervenants se demandaient de quelle façon l'ergothérapeute pourrait aider un client qui n'a pas de domicile fixe ou de projet de vie précis. Ce questionnement peut être dû au fait que le rôle de l'ergothérapeute n'est pas encore clair pour tous les intervenants, d'autant plus que l'ergothérapeute n'œuvre pas souvent dans des équipes offrant des services de proximité auprès de personnes en situation de rupture sociale de nos jours ce qui fait qu'il s'agit d'une pratique émergente, comme le mentionnent Lloyd et Basset (2012). En discutant, plusieurs intervenants mentionnaient toutefois des pistes intéressantes en ce qui concerne le rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes exclues socialement, que ce soit dans la rue directement ou dans un appartement. Les besoins de personnes exclues socialement concordent avec ceux trouvés dans cette étude, pouvant dans les deux cas être liés à la vision de l'ergothérapie (Thomas, Gray & McGinty, 2011 ; Grandisson, Tang, Korner-Bitensky & Mitchell-Carvalho, 2009 ; Schultz-Krohn, Drnek & Powell, 2006 ; Helfrich & Fogg, 2007 ; Griner, 2006).

Cette étude montre d'abord que les personnes en situation d'exclusion sociale ont des besoins dans toutes les sphères de la pyramide de Maslow. Cette complexité perçue au niveau des besoins peut être analysée par un ergothérapeute, qui a des connaissances dans divers domaines. Dans l'étude, certaines compétences de l'ergothérapeute tels que cités dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (2012) sont ressorties davantage, lesquelles seront expliquées en lien avec le rôle de l'ergothérapeute.

7.3.1. L'ergothérapeute comme collaborateur

Une première compétence de l'ergothérapeute qui est importante auprès de ces personnes est celle de collaborateur. Comme l'ergothérapeute se base entre autres sur l'histoire occupationnelle de la personne rencontrée, il est plus facile de comprendre les besoins qui sont

prioritaires pour elle. L'ergothérapeute peut aussi analyser de quelle façon il est plus facile d'entrer en lien avec la personne, en utilisant ce qui a un sens pour elle. L'approche centrée sur le client et donc sur ses attentes peut donc aider à accroître la motivation au changement. De plus, ses assises au niveau médical pourraient l'aider à entrer en contact avec le client de façon moins menaçante pour celui-ci, en débutant une intervention avec un travail sur une problématique au niveau physique. Par exemple, si la personne a une blessure quelconque au membre supérieur, il serait possible d'intervenir d'abord sur ce facteur et, sans entrer trop dans la vie privée de la personne, apprendre à la connaître davantage avant de poursuivre les interventions et d'entamer des changements plus importants. D'autre part, les cas étant souvent très complexes, le travail d'équipe et la collaboration ne peuvent qu'être bénéfique à l'offre de meilleurs services.

7.3.2. L'ergothérapeute comme expert en habilitation de l'occupation

Les résultats suggèrent que des aspects de l'environnement peuvent être travaillés pour faciliter le fonctionnement au quotidien, tout comme il est possible d'intervenir au niveau des capacités de la personne et d'explorer ce qui est important pour elle, ce qui constitue des rôles habituels de l'ergothérapeute (modification de l'environnement, trouver ce qui a du sens pour la personne, travailler les capacités par l'occupation). Toutes ces possibilités seront travaillées à travers l'occupation dans la mesure du possible. Auprès de ces personnes, beaucoup d'objectifs sont d'ailleurs liés à des occupations ou constituent des prérequis pour s'engager dans certaines occupations pour les personnes en situation de rupture sociale. Par exemple, l'un des besoins à répondre (donc pouvant être considéré comme un objectif), c'est que la personne soit capable de faire un budget, qui est une occupation. L'ergothérapeute pourrait aussi repérer les différentes problématiques de santé et leur impact sur le fonctionnement au quotidien, que ce soit au niveau physique ou mental, ainsi que cibler et affiner les évaluations et interventions selon les besoins uniques, donner accès à certains outils et vérifier la sécurité à domicile. Ultimement, d'autres occupations qui sont touchées pourraient être travaillées, tel que mentionné dans les écrits, comme les habiletés à l'emploi, aux loisirs ou aux interactions globales (Grandisson, Tang, Korner-Bitensky et Mitchel-Carvalho, 2009 ; Thomas, Gray et McGinty, 2011 ; Schultz-Krohn, Drnek et Powell, 2006). Par l'occupation, le développement de la confiance et de l'estime de soi seraient

aussi éventuellement à favoriser (Thomas, Gray, McGinty et Ebringer, 2011 ; Schultz-Krohn et al.).

7.3.3. L'ergothérapeute comme agent de changement

Au niveau des interventions, l'ergothérapeute pourrait plaider pour les personnes en situation d'exclusion sociale afin que l'accès aux services traditionnels soit facilité ou que les services communautaires offerts aient accès à davantage d'outils (ex : test de dépistage cognitif, accès à des aides techniques...) pour les personnes dans le besoin. La difficulté d'accès aux soins traditionnels fait en sorte que certains besoins peuvent encore plus difficilement être répondus, et comme les intervenants le disaient lors des entrevues, les organismes communautaires n'ont pas accès à tout le matériel qui serait propice pour aider les personnes exclues socialement rencontrées. Il serait donc intéressant que des ergothérapeutes travaillent directement dans le milieu de la rue ou dans des organismes afin de voir les clients dans leur univers, de mieux comprendre leur quotidien et ainsi, de mieux intervenir auprès d'eux. À ce propos, la contribution de l'ergothérapeute directement à l'Équipe Itinérance, un milieu de proximité à Trois-Rivières, a été très bénéfique pour les intervenants et la clientèle rencontrée en leur offrant des services auxquels ces personnes n'ont pas accès. Par exemple, l'ergothérapeute a permis d'obtenir certaines adaptations au domicile pour faciliter l'hygiène au bain chez l'une des personnes rencontrées. Les recommandations émises par l'ergothérapeute sont encore aidantes à ce jour selon l'utilisatrice des services.

7.3.4. L'ergothérapeute comme communicateur, professionnel et gestionnaire de sa pratique

Même si certains rôles sont à mettre en avant-plan dans la pratique de la profession auprès de personnes en rupture sociale, certains rôles sont davantage importants dans l'implantation de la pratique émergente en ergothérapie. Il importe d'utiliser la compétence de communicateur afin de prouver la pertinence du rôle de l'ergothérapeute, en demeurant toutefois professionnel envers les autres membres d'une équipe qui pourraient accueillir un nouveau professionnel. La compétence de professionnel doit aussi être de mise afin de comprendre et respecter les différents rôles dans une équipe. En utilisant toutes ces compétences, une gestion efficace de la pratique est plus facile à atteindre.

7.4. Forces et limites

Cet essai comprend plusieurs forces, mais également plusieurs limites. Tout d'abord, il s'agit d'un domaine encore peu exploré dans la littérature et peu d'ergothérapeutes travaillent présentement dans ce type de milieu. La pertinence clinique du projet est donc appuyée par l'état encore émergent de la profession d'ergothérapeute auprès de ces personnes. Également, le fait d'avoir trois types de participants (intervenants, ergothérapeute et clientèle) a permis de trianguler l'information obtenue. Cet essai constitue une étape nécessaire afin d'évaluer la possibilité et l'utilité d'un projet de plus grande envergure visant à développer l'ergothérapie auprès des personnes en rupture sociale et d'optimiser les services offerts à ces derniers.

Dans un autre ordre d'idées, le nombre de participants était très petit dans chacune des catégories, ce qui peut limiter la portée des résultats obtenus compte tenu de l'échantillon non-représentatif. Ensuite, la contrainte du temps a limité les possibilités d'entrevues. De futures études avec plus de participants permettraient d'obtenir des résultats plus généralisables. D'ailleurs, le fait de rencontrer plusieurs ergothérapeutes aurait permis d'avoir plusieurs visions du rôle de ce professionnel dans le milieu, ce qui aurait été très intéressant. Il pourrait également être pertinent d'aller voir dans plusieurs régions du Québec ou même ailleurs que dans cette province, pour voir si des idées d'interventions pertinentes et utiles pour l'ergothérapeute auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale pourraient être empruntées à certains endroits et bénéfiques à implanter ici.

D'autre part, pour dissocier ces besoins, la Pyramide des besoins de Maslow a été utilisée. Celle-ci a permis de montrer la hiérarchie de ces besoins, mais avec ce cadre, il a été plus difficile de traduire les besoins en langage occupationnel. Effectivement, par l'utilisation d'un modèle universel qui n'est pas propre à la profession explorée, les liens sont parfois moins faciles ou explicites à faire.

Un défi dans cette étude s'est posée en lien avec les participants en situation d'exclusion sociale. Tout d'abord, le recrutement de ces personnes a été difficile compte tenu que leur horaire n'est habituellement pas régulier et routinier et qu'ils n'ont pas toujours les ressources pour se présenter à un endroit précis à un moment précis. De plus, la participation à une telle étude peut

entraîner un stress compte tenu que ces personnes n'ont pas nécessairement l'habitude de prendre part à une recherche. En raison du petit nombre de personnes en situation d'exclusion sociale ayant participé à l'étude, il est difficile de tirer des conclusions de leurs propos. Le fait de rencontrer uniquement deux personnes n'a pas permis d'atteindre une saturation des données. Durant les entrevues, les participants ont manifesté une difficulté à comprendre les questions. Certains participants semblaient croire que des réponses positives étaient attendues, ce qui a pu teindre leur discours. Également, le fait que ces derniers ne me connaissaient pas personnellement a pu faire qu'ils se sentent moins en confiance ou qu'ils veuillent moins parler d'eux-mêmes d'emblée.

Si un autre projet de ce genre était effectué, il serait pertinent d'approfondir davantage la section de l'entrevue portant sur les besoins occupationnels en recueillant le point de vue des intervenants spécifiquement sur les occupations chez ces personnes et en questionnant ces derniers directement sur les besoins en termes occupationnels, par exemple en leur demandant des exemples concrets.

7.5. Répercussions en ergothérapie

D'une part, ce projet aura permis d'informer sur les besoins occupationnels de la clientèle ciblée, selon l'opinion des intervenants et de la clientèle elle-même. D'autre part, même s'ils sont presque en possibilités infinies et qu'ils ne sont donc pas tous recensés dans le cadre de ce projet, plusieurs facteurs qui limitent l'adaptation occupationnelle des personnes en situation d'exclusion sociale ont été mentionnés. Prendre le temps de comprendre d'où viennent les difficultés permet ainsi de mieux voir ce qui pourrait être développé pour aider ces personnes. Finalement, les possibilités quant au rôle de l'ergothérapeute dans un contexte de soins de proximité ont également été discutées. Ce projet aura permis de mieux comprendre à qui s'adressent les soins de proximité et en quoi consistent-ils. À plus long terme et de façon indirecte, le projet débuté dans cette recherche pourrait éventuellement se poursuivre et mener à intégrer l'ergothérapie à ce type de milieu compte tenu que la pertinence de la place de ce professionnel y est de plus en plus perçue dans les recherches effectuées à ce sujet.

8. CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'explorer la contribution de l'ergothérapeute auprès d'une clientèle en situation d'exclusion sociale qui bénéficie de services de proximité dans la région de Trois-Rivières. Elle visait d'abord à documenter les besoins occupationnels de la clientèle en situation d'exclusion sociale pour ensuite montrer les facteurs qui influencent négativement le fonctionnement au quotidien et finalement explorer le rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce milieu. À la lumière des besoins qui ont été exprimés, le rôle de l'ergothérapeute dans ce milieu se clarifie. Entre autres, l'ergothérapeute doit prévoir qu'avec cette clientèle, certaines priorités peuvent être obligatoires dans l'atteinte des besoins. L'intervenant doit aussi suivre la progression de la personne rencontrée. Comme le quotidien de la personne est souvent limité de façon importante (difficulté de routine, difficulté de stabilité résidentielle et donc d'investissement dans plusieurs occupations, difficulté à avoir un travail ou des loisirs, à s'occuper des enfants...), l'ergothérapeute a un rôle-clé auprès de cette clientèle. Particulièrement, ce professionnel sait faire le lien entre la personne elle-même, ce qui l'entoure et ce qu'elle doit faire ou veut faire. Les différents facteurs qui limitent son fonctionnement au quotidien peuvent être analysés par l'ergothérapeute en vue de comprendre l'intervention la plus bénéfique. L'ergothérapeute peut aussi ouvrir la porte vers de nouvelles possibilités afin d'évaluer de façon plus complète les besoins de la personne, mais également afin d'ensuite proposer des interventions adaptées à sa situation de santé et à ses besoins et objectifs. Les modèles conceptuels utilisés en ergothérapie aident également à bien comprendre la situation unique d'une personne, ses difficultés et vers où aller avec elle.

L'approche des services de proximité se développe peu à peu pour faciliter l'accès aux services. Ces services semblent prometteurs pour des personnes qui sont exclues socialement, mais il demeure qu'ils sont en développement, ce qui veut dire qu'il y aurait probablement place à amélioration afin de répondre davantage aux besoins. En ce qui concerne la pratique de l'ergothérapie, elle est encore considérée en émergence dans ces milieux et auprès de personnes exclues socialement. Souvent, des organismes offrent des services au niveau psychosocial et de plus en plus au niveau médical, mais il est très rare que l'ergothérapie soit un service offert directement dans ces organismes qui offrent des soins de proximité. Toutefois, en raison de l'accès difficile au système de santé, il est intéressant de développer pour les personnes plus désavantagées

un réseau de soins adapté. Lorsque les problématiques d'une personne sont multiples et complexes, il est difficile pour un intervenant en particulier de pouvoir régler toutes les problématiques. Ainsi, le travail interprofessionnel et le partage des connaissances et des compétences est la clé pour optimiser les interventions auprès des personnes en situation d'exclusion sociale. Toutefois, il ne faut pas oublier que le but d'implanter une pratique émergente est d'aider le milieu et le client qui est dans le besoin, et non de prendre la place des personnes qui offrent déjà les services du mieux qu'elles peuvent. Il faut donc être des agents de changement efficaces et tenter de montrer en quoi l'ergothérapeute, qui est un expert en habilitation de l'occupation, est complémentaire et permettra de répondre plus facilement à d'autres besoins des personnes exclues socialement.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (AgenceSSS04). (2011). *Plan communautaire en itinérance de Trois-Rivières*. Repéré à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782893402437.pdf>
- Altschuld, J.W., et Witkin, B.R. (2000). *From needs assessment to action: Transforming needs into solution strategies*. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré à : <http://www.caot.ca/pdfs/2012profil.pdf>
- Bélanger, R., Briand, C., et Rivard, S. (2006). *Le modèle de l'occupation humaine*. Dans M.-J. Manidi (2006), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. Lausanne, Suisse : Éditions EESP.
- Bélanger, R., Briand, C., et Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine: un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, 13(1), 8-14.
- Billette, V., Lavoie, J.-P., Séguin, A.-M. et Van Pevenage, I. (2012). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement : l'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, 25(1), 10-30.
- Brown, H. V. et Hollis, V. (2013). The Meaning of Occupation, Occupational Need, and Occupational Therapy in a Military Context. *Physical Therapy*, 93(9), 1244-1253.
- Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE). (2014). *L'exclusion sociale : construire avec celles et ceux qui la vivent. Vers des pistes d'indicateurs d'exclusion sociale à partir de l'expérience de personnes en situation de pauvreté*. Repéré à : http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Lexclusion_sociale.pdf
- Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance. (2008). *Le phénomène de l'itinérance au Québec*. Repéré à : https://jeannemance.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/csss_jmance/Menu/VotreCSSS/Documentation/Publications/Memoires/2008_10_01_Phenomenelitinérance.pdf
- Centre FORA. (2014). *Module : Volonté d'apprendre*. Repéré à : http://centrefora.on.ca/sites/default/files/documents/B1_CG_T6_Volonte_apprendre.pdf
- Christiansen, C. H. et Baum, C. (2005). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being, 3rd edition*. Thorofare, NJ : Slack Inc.
- Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). (2010). *Médecine et soins de proximité*. Repéré à : http://www.leciss.org/sites/default/files/100728_NOTE-POSITION-CISS-MEDECINE-PROXIMITE.pdf

- Drolet, M-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie. La philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2e édition). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Echenburg, H et Jensen, H. (2008). *L'itinérance au Canada : définitions et recensements*. Repéré à : <http://www.bdp.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0830-f.pdf>
- Echeverria Ruiz-Tagle, A. et Ortega Lerdo deTejada, P.A. (2010). *Occupational need, developing a concept*. Repéré à : <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kJtJ6lECafMJ:www.wfot.org/wfot2010/posters/cuenta.php%3Fu%3DMTkyMQ%3D%3D+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ca>
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec. (2014). *Ouverture officielle de la toute première clinique de proximité au Québec : la concrétisation de la vision de la FIQ pour des soins à échelle humaine*. Repéré à : <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contents/communiqués/ouverture-officielle-de-la-toute-premiere-clinique-de-proximite-au-quebec-la-concretisation-de-la-vision-de-la-fiq-pour-des-soins-a-echelle-humaine.html>
- Fleming, M. H. (1991). Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 988-996.
- Fondation du Centre le Havre. (s.d.). *Accueil*. Repéré à : <http://fondation.centrelehavre.com/>
- Fortin, M.F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Gonya, G. J., Mills-Dick, K. et Bachman, S. S. (2010). The complexities of elder homelessness, a shifting political landscape and emerging community responses. *Journal of Gerontological Work*, 53(7), 575-590.
- Grandisson, M., Mitchell-Carvalho, M., Tang, V. et Korner-Bitensky, N. (2009). Occupational therapists' perceptions of their role with people who are homeless. *British Journal Of Occupational Therapy*, 72(11), 491-498.
- Griner, K. (2006). Helping the homeless: an occupational therapy perspective. *Occupational Therapy In Mental Health*, 22(1), 49-61.
- Groulx, L.-H. (2011). *Les facteurs engendrant l'exclusion au Canada : survol de la littérature multidisciplinaire*. Québec : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.
- Helfrich, C. A., Aviles, A. M., Badiani, C., Walens, D., et Sabol, P. (2006). Life skill interventions with homeless youth, domestic violence victims and adults with mental illness. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3-4), 189-207.

- Helfrich, C. A., et Chan, D. V. (2013). Changes in Self-Identified Priorities, Competencies, and Values of Recently Homeless Adults with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(1), 22-49.
- Helfrich, C. A. et Fogg, L. F. (2007). Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness. *The Journal Of Primary Prevention*, 28(3-4), 313-326.
- Helfrich, C. A., Simpson, E. et Chan, D. (2014). Change Patterns of Homeless Individuals with Mental Illness: A Multiple Case Study. *Community Mental Health Journal*, 50(5), 531-537.
- Kielhofner, G. (2004). *Le modèle de l'occupation humaine (MOH)* (traduit par Monique Gillet). Dans Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundations of Occupational therapy* (3rd edition). Pennsylvania, USA : F.A. DAVIS.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation : theory and application*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Latimer, E., McGregor, J., Méthot, C. et Smith, A. (2015). *Je compte MTL 2015 : Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Repéré à : https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_PERSONNES_SITUATION_ITINERANCE.PDF
- Lloyd, C. et Bassett, H. (2012). The role of occupational therapy in working with the homeless population: An assertive outreach approach. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 18 – 23.
- Marval, R. et Townsend, E. (2013). Homelessness: Enabling solutions in primary health-care occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 15(5), 17-19.
- Maslow, A. H. (2004). *L'accomplissement de soi: de la motivation à la plénitude*. Paris : Eyrolles.
- McColl, M.A. et Dickenson, J. (2009). *Inter-Professional Primary Health Care : Assembling the Pieces – A Framework to Build your Practice in Primary Health Care*. Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *L'itinérance au Québec-cadre de référence*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-846-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014a). *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir : Politique nationale de lutte à l'itinérance*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

- Ministère de la santé et des services sociaux (2014b). *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance : Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-846-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Petrenchik, T. (2006). Homelessness: perspectives, misconceptions, and considerations for occupational therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, 20(3-4), 9-30.
- Picard, S., Loyer, C. et Mercier, C. (2011). Itinérance et limitations intellectuelles: problématiques associées et intervention. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 22, 14-19.
- Point de rue. (2012). *Qu'est-ce que l'Exclusion sociale ?* Repéré à : http://www.pointderue.com/urgence_sociale.html
- Première Ligne. (2014). *L'équipe d'intervention en santé de proximité de Trois-Rivières*. Repéré à : <http://www.premiereligne.org/?p=2234>
- Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM). (2016). *L'itinérance à Montréal : au-delà des chiffres*. Repéré à : <http://www.rapsim.org/docs/Itin%C3%A9rance%20%C3%A0%20Montr%C3%A9al-version%20pdf.pdf>
- Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ). (2012). *Mémoire présenté au comité permanent des finances*. Repéré à : <http://www.rapsim.org/docs/M%C3%A9moire%20RSIQ%20Comit%C3%A9%20finances%20Ottawa%2016%20octobre%202012.pdf>
- Santé et Services Sociaux Québec. (2011). *Communiqué de la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie - Trois-Rivières présente son Équipe Itinérance*. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=16>
- Schultz-Krohn, W., Drnek, S. et Powell, K. (2006). Occupational therapy intervention to foster goal setting skills for homeless mothers. *Occupational Therapy In Health Care*, 20(3-4), 149-166.
- Table de concertation en itinérance de Sherbrooke. (2011). *Cadre de référence sur l'itinérance à Sherbrooke*. Repéré à : <http://chaudronweb.org/wp/wp-content/uploads/2014/01/Cadre-reference-itinerance-Sherbrooke.pdf>
- Talbot, Y., Fuller-Thomson, E., Tudiver, F., Habib, Y. et McIsaac, W.J. (2001). Canadians without regular medical doctors: who are they? *Canadian Family Physician*, 47, 58-64.

- Thomas, Y., Gray, M. et McGinty, S. (2011). A systematic review of occupational Therapy interventions with homeless people. *Occupational Therapy In Health Care*, 25(1), 77-90.
- Thomas, Y., Gray, M., McGinty, S. et Ebringer, S. (2011). Homeless adults engagement in art: First steps towards identity, recovery and social inclusion. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(6), 429-436.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin). Ottawa, Ont : CAOT Publications ACE
- Vitez, K., Alibhay, A., Lesage, A. et Lamothe, L. (2015). A Case for more Proximity Services in Mental Health. *Intervention*, 42, 29-38.

ANNEXE A
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES
INTERVENANTS

LETTRE D'INFORMATION

POUR LES INTERVENANTS EN SERVICE DE PROXIMITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

8.1.1.1.1. Invitation à participer au projet de recherche

8.1.1.1.2. « Une place pour l'ergothérapie auprès des personnes en rupture sociale ? »

Responsable du projet : Alexandra Arseneau, étudiante à la maîtrise

Département d'ergothérapie

Sous la supervision de Mme Ginette Aubin, Ph.D.

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et aux autres membres affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

8.2. Nature et objectifs du projet de recherche

Cette étude vise à : 1) documenter les besoins occupationnels et fonctionnels de la clientèle vue en service de proximité à Trois-Rivières et 2) explorer le rôle possible de l'ergothérapeute dans ce milieu.

Le nombre de participants prévus pour cette étude est d'environ six à huit au total. Environ deux ou trois clients recevant des services de proximité ainsi que des intervenants prendront part au projet, selon les opportunités, en plus d'une ergothérapeute.

8.3. Déroulement du projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue semi-dirigée d'une durée entre 30 à 60 minutes. Cette dernière porte sur les besoins ressentis des personnes vues en service de proximité ainsi que sur l'approche utilisée en ces milieux. Avant de transmettre les résultats, une validation sera faite avec les intervenants si vous y consentez, d'une durée de 15 à 30 minutes.

L'entrevue comporte des questions ouvertes afin que vous puissiez librement partager vos connaissances et votre opinion. Les entrevues seront enregistrées sur bande audionumérique afin de faciliter l'analyse des données. La rencontre se fera à l'endroit et au moment de votre choix. La durée totale du projet de recherche sera d'environ 1 an.

Avantages associés au projet de recherche

Le seul bénéfice indirect à participer à cette étude est la contribution afin de mieux comprendre les besoins occupationnels et fonctionnels de la clientèle vue en service de proximité et de mieux comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans un tel contexte.

Risques, inconvénients et inconforts associés au projet de recherche

Aucun risque n'est associé à votre participation à cette recherche. Le temps consacré au projet de recherche, soit de 45 à 90 minutes au total, demeure le seul inconvénient.

8.4. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps, et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ peuvent toutefois mettre fin à votre participation, sans votre consentement, en vous expliquant les motifs et les circonstances menant à votre retrait.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et aussi celles des autres sujets de recherche et pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai, verbalement et par écrit.

8.5. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable de ce projet de recherche ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Toutefois, compte tenu de votre titre de travailleur à la clinique de proximité et de la petite taille de vos employés, nous ne pouvons garantir à 100% de votre confidentialité durant le projet même si plusieurs mesures expliquées précédemment seront évidemment entreprises.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Les résultats de la recherche, qui seront diffusés sous forme d'essai de maîtrise et qui pourront être diffusés sous forme d'articles ou de communications dans de colloques ou de congrès, ne permettront pas d'identifier les participants. Les données seront conservées dans le classeur

barré de madame Ginette Aubin, directrice de l'essai, dans le laboratoire de recherche d'ergothérapie. Ces derniers pourront être gardés jusqu'à un an après la fin du projet, c'est-à-dire jusqu'en décembre 2017. Par la suite, ces données seront détruites par déchiqueteuse pour les documents en version papier et les documents sous forme électrique seront supprimés.

8.6. Compensation

Aucune compensation n'est prévue pour les participants du projet.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

8.7. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous désirez obtenir de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'UQTR, au 819-376-5011, poste 3744 ou par courrier électronique à l'adresse suivante : ginette.aubin@uqtr.ca ou avec Alexandra Arseneau, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'UQTR par courriel électronique à l'adresse suivante: alexandra.arseneau@uqtr.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 819-370-2200 poste 3227.

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, a aussi approuvé ce projet de recherche. Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819-697-3333, poste 64399

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LES INTERVENANTS EN SERVICE DE PROXIMITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ

Titre du projet de recherche : Une place pour l'ergothérapie auprès des personnes en rupture sociale?

I. Consentement du participant.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

II. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche.

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

ou de son représentant

Date

ANNEXE B

SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE POUR LES INTERVENANTS

SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE (INTERVENANTS)

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur la pertinence du rôle de l'ergothérapeute en clinique de proximité. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine est grandement appréciée. Je vous rappelle que toute information divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.

PARTIE 1 : TRAVAIL À LA CLINIQUE DE PROXIMITÉ ET APPROCHE

1. Depuis quand travaillez-vous à la clinique de proximité ?
2. Quel est votre rôle à travers cette clinique ?
3. Pourquoi avez-vous choisi ce milieu de travail ?
4. Comment pourriez-vous expliquer l'approche utilisée en clinique de proximité auprès de la clientèle ?
5. Quels sont les objectifs visés par votre équipe de travail ?
6. Que trouvez-vous le plus difficile dans votre milieu de travail ou dans vos rôles ?

PARTIE 2 : CLIENTÈLE VUE À LA CLINIQUE DE PROXIMITÉ

1. Dans quel contexte recevez-vous des clients à la clinique ?
 2. Comment décririez-vous la clientèle de la clinique de proximité ?
- Quelles sont les difficultés principales vécues par ces clients ?
 - Comment caractérisez-vous les besoins occupationnels et fonctionnels de la clientèle vue en clinique de proximité ?
 - En regard de votre clientèle, voyez-vous des besoins au plan de leurs activités quotidiennes?

Merci énormément pour votre temps. Merci d'avoir partagé votre expérience quant à votre travail à la clinique de proximité ainsi que votre opinion sur les améliorations possibles et la pertinence de l'ergothérapie en clinique de proximité. Dès que les résultats de l'étude seront connus et que l'essai rattaché sera rédigé, nous vous les transférerons si vous le désirez.

ANNEXE C
SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE POUR LES UTILISATEURS DES
SERVICES (CLIENTÈLE)

SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE (CLIENTÈLE)

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche qui veut explorer les besoins de la clientèle de la clinique de proximité ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans un tel contexte. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine est grandement appréciée. Je vous rappelle que toute information divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.

PARTIE 1 : VOS JOURNÉES

1. À quoi peut ressembler une journée pour vous ?
 - À quelle heure vous levez-vous ? Que faites-vous en vous levant ?
 - À quelle heure vous couchez-vous ?
2. Est-ce que tous les jours se ressemblent ou s'ils diffèrent sur certains points ?
 - Qu'est-ce qui est pareil d'une journée à l'autre ?
3. Quel est votre moment favori de la journée ? Expliquez.

PARTIE 2 : VOS BESOINS, DÉSIRES ET INTÉRÊTS

1. Nommez-moi une activité ou une tâche que vous aimez faire.
2. Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre vie présentement ?
3. Qu'est-ce que vous trouvez le plus facile dans vos journées en ce moment ?
4. Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans les activités de vos journées en ce moment?
5. Est-ce qu'il y a une action ou une activité que vous ne faites pas pour une raison quelconque?
6. En ce moment, de quoi auriez-vous le plus besoin pour vous aider à faire les activités que vous aimez ?
7. Comment cela fonctionne pour avoir des soins à la clinique de proximité ? Est-ce que c'est vous qui devez faire les démarches ou si quelqu'un vient vers vous ?
 - Trouvez-vous cela difficile d'obtenir les soins que vous avez besoin ou que vous voulez avoir ?
8. Si vous vous projetez dans 10 ans, dans quel contexte aimeriez-vous vivre ?

Merci énormément pour votre temps. Merci d'avoir discuté de vos besoins et intérêts et d'avoir discuté de ce à quoi ressemble votre quotidien.

ANNEXE D

SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE POUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

SCHÉMA DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE (ERGOTHÉRAPEUTE)

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche sur la pertinence du rôle de l'ergothérapeute en clinique de proximité. Votre contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine est grandement appréciée. Je vous rappelle que toute information divulguée ici restera confidentielle et ne sera utilisée que pour ce projet de recherche.

Si vous êtes d'accord, je vais débiter l'enregistrement audionumérique de l'entrevue.

RÉCHAUFFEMENT

Pour débiter cette entrevue, nous aimerions connaître votre parcours en ergothérapie.

A. Depuis que vous avez fini vos études, quelles ont été vos expériences en ergothérapie ?

PARTIE 1 : EXPÉRIENCES PERSONNELLES AVEC CETTE CLIENTÈLE

1. Pouvez-vous m'expliquer dans quel contexte vous avez eu à travailler avec une clientèle en situation d'exclusion sociale ?
2. Quels étaient vos rôles et tâches dans ce milieu ?
3. Selon vous, quels sont les besoins les plus fréquents chez cette clientèle ?
4. Quelle était l'approche utilisée avec cette clientèle ?
5. Qu'avez-vous le plus aimé dans votre travail auprès de cette clientèle ?

6. Quelles sont les interventions les plus fréquentes que vous avez eu à faire avec cette clientèle ?

PARTIE 2 : RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE AVEC UNE CLIENTÈLE ITINÉRANTE

1. En quoi l'ergothérapeute a un rôle à jouer avec une clientèle exclue socialement ?
2. Dans quels milieux est-ce que l'ergothérapeute peut-il avoir à travailler avec cette clientèle?
3. Pensez-vous qu'il y a une approche différente à adopter avec une clientèle en situation d'exclusion sociale en ergothérapie ?
4. Selon vous, que pourrait-on faire dans le système de la santé ou des services sociaux pour améliorer les services prodigués à la clientèle itinérante ou en situation d'exclusion sociale?

Merci énormément pour votre temps. Merci d'avoir partagé votre expérience quant à votre travail avec la clientèle en situation d'exclusion sociale. Dès que les résultats de l'étude seront connus et que l'essai rattaché sera rédigé, nous vous les transférerons si vous le désirez.

ANNEXE E

DESCRIPTION DES QUATRE MILIEUX EXPLORÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE

Dans cette section sont décrits chacun des quatre milieux visités dans le cadre de cette étude.

Point de rue

Point de rue est un lieu de vie, un milieu de vie qui permet de combler certains besoins de base des personnes en situation d'exclusion sociale gratuitement. Même si le milieu n'offre pas l'hébergement, les personnes qui y viennent ont accès à une douche et aux produits nécessaires pour se laver, à une laveuse et une sècheuse et à de la nourriture, entre autres. Le milieu reçoit en moyenne 60 personnes par jour, mais il arrive que 100 à 120 personnes s'y présentent. L'objectif général est d'entrer en relation avec les personnes qui vivent le plus d'isolement, de désorganisation, de problématiques, mais qui ont accès à moins de services. Pour ce faire, des travailleurs de rue vont à l'extérieur pour créer des liens de confiance avec des personnes qui vivent beaucoup d'isolement. Par la suite, les travailleurs du milieu, se situant à Point de rue directement, vont accueillir ces personnes. Il n'y a aucune publicité qui est faite pour l'organisme ; les gens qui fréquentent la rue, connaissant le service, donnent souvent l'information aux nouveaux venus qui ne connaissent pas le milieu. Puisque le milieu et les services offerts sont habituellement connus par la clientèle visée et que les services sont tous gratuits, beaucoup d'utilisateurs viennent par eux-mêmes à Point de rue. Plusieurs projets sont offerts par le milieu, comme la création d'un journal ou de spectacles, par exemple.

Centre le Havre

Le centre le Havre est considéré comme un organisme d'hébergement d'urgence. Beaucoup pensent que cet établissement offre uniquement des services aux personnes en situation d'itinérance, mais la clientèle ciblée ne se limite pas qu'à ces personnes. En effet, les personnes rejointes peuvent comprendre quelqu'un désaffilié socialement, en rupture sociale, qui sort de prison, qui a dépensé son chèque en consommation, qui se fait expulser de son logement et bien d'autres personnes qui se retrouvent sans domicile de façon temporaire. La moitié des utilisateurs viennent par eux-mêmes alors que l'autre moitié se présente en raison de références par les

hôpitaux, des policiers ou d'autres organismes, par exemple. Souvent, une entrevue est effectuée et une possibilité de réorientation est ensuite examinée. Les seuls critères qui peuvent exclure la personne des services ponctuels sont l'agressivité et la désorganisation mentale. Tous les intervenants du milieu sont en relation d'aide et travaillent à titre d'intervenants « de plancher » même si leurs formations sont différentes (principalement travail social et éducation spécialisée).

Équipe Itinérance

L'Équipe Itinérance prend place au centre le Havre, présenté précédemment, et est constituée d'intervenants provenant de différents milieux. Par exemple, ces derniers sont engagés par le Havre, Domrémy ou encore par le CIUSSS. Toutefois, les mandats sont dissociés de chacun des organismes respectifs. L'Équipe Itinérance existe depuis 5 ans et a fait ses débuts en étant un projet-pilote de 3 ans. Ce type d'organisme commence d'ailleurs à être reproduit dans d'autres régions du Québec. Aujourd'hui, ce projet-pilote a été officialisé et fait partie des mesures du gouvernement provincial dans son plan « Lutte à l'itinérance » du Québec. Encore une fois, même si tous les intervenants n'ont pas des formations semblables, ils ont tous le même rôle par rapport à l'intervention, soit principalement du soutien, de l'accompagnement ainsi que des déplacements. La majorité des rencontres se font à domicile ou lors d'accompagnement à différents endroits, ce qui est une bonne façon de créer le lien avec le client tout en l'aidant. Aucun plan d'intervention n'est suivi par les intervenants du milieu, car souvent, ce sont les besoins de base qui sont visés. Selon Christine, une participante, « S'ils étaient disponibles pour travailler d'autres besoins, ils ne seraient pas dans ce milieu mais seraient ailleurs ». L'un des mandats du milieu constitue justement de s'assurer que les services fournis ne pourraient pas être donnés par un autre organisme du milieu et à long terme, une possibilité de raccrocher la personne aux services existants est vérifiée. À l'occasion, les utilisateurs viennent d'eux-mêmes ou entendent parler de l'organisme par des personnes autour d'eux, mais souvent, des références sont reçues de divers milieux (CIUSSS, milieu de détention, organismes...). Aucun arrêt de consommation n'est prérequis à l'accès aux services de l'Équipe Itinérance.

Clinique de proximité

La Clinique de proximité est un milieu de première ligne qui rencontre des personnes qui n'ont pas accès au système de santé traditionnel pour leur offrir des soins de santé. Cette clinique est située dans les milieux des organismes communautaires partenaires (Point de rue et le centre

le Havre). Quand l'organisation a débuté en 2014, elle comprenait une infirmière-pivot, un intervenant-pivot du Havre, un travailleur de rue ainsi qu'un médecin. Présentement, l'équipe s'est agrandie et comprend maintenant 5 médecins. Les intervenants sont présents de 1 à 2 journées par semaine, sauf pour les travailleurs de rue qui le sont un peu plus souvent. Le travailleur de rue fait habituellement le lien entre la rue et la clinique de proximité en orientant la personne vers ce service. Lorsque la personne est rejointe dans la rue par le travailleur de rue et que des soins de santé de la clinique de proximité pourraient être bénéfiques, une demande de services est effectuée à l'infirmière de soins de proximité qui présente le client à l'équipe le jeudi matin, pendant la réunion interprofessionnelle d'une demi-journée. Une discussion d'équipe permet d'orienter vers la meilleure trajectoire pour la personne, selon diverses possibilités (accompagnement dans le système traditionnel, orientation vers un organisme, services à domicile). Une évaluation est effectuée ainsi qu'un suivi qui n'est pas exclusivement médical.